Deutscher Bundestag **Drucksache 18/10210**

18. Wahlperiode 02.11.2016

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland

Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften

und

Stellungnahme der Bundesregierung

Inhaltsübersicht

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 2. November 2016 gemäß Beschluss vom 24. Juni 1994 (Bundestagsdrucksache 12/7992).

Seite

Stellungnahme der Bundesregierung

Inhaltsverzeichnis

A. Berichtsauftrag

Der Siebte Altenbericht greift eine mit dem demografischen Wandel verbundene zentrale Herausforderung auf: das Älterwerden der Menschen und die damit verbundenen Konsequenzen für die Kommunen. Da die Zahl der älteren und hochaltrigen Menschen in Deutschland stetig ansteigt, verändert sich auch das Alltagsleben der Menschen und führt zu neuen Herausforderungen der kommunalen Daseinsvorsorge. Dabei spielt neben der Steigerung der Lebenserwartung auch die Binnenmigration, vor allem die zwischen ländlichen und städtischen Regionen, eine bedeutende Rolle.

Um die Rahmenbedingungen für die älteren Menschen bedarfsgerecht auszugestalten, sind vor allem die Kommunen gefordert, auf diese Veränderungen zu reagieren und die lokalen Strukturen weiterzuentwickeln. Ihr Handlungsspielraum ist dabei abgesteckt durch die Aufgabenverteilung zwischen Bund, Ländern und Kommunen sowie durch die finanziellen Ressourcen.

Die interdisziplinär zusammengesetzte Siebte Altenberichtskommission unter Leitung von Professor Andreas Kruse hatte den Auftrag, Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Seniorenpolitik in den Kommunen zu erarbeiten. In ihrem Bericht zum Thema „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ sollten die Sachverständigen untersuchen, welche Beiträge die kommunale Politik und örtliche Gemeinschaften leisten können, um die soziale, politische und kulturelle Teilhabe sowie eine möglichst lange selbständige Lebensführung älter werdender Menschen sowie ein aktives Altern in Selbst- und Mitverantwortung sicherzustellen.

Im Siebten Altenbericht wird aufgezeigt, wie es auf der lokalen Ebene durch den Aufbau von Strukturen, die Steuerung von Prozessen, die Vernetzung und verantwortungsbereiter Akteure gelingen kann, ein gutes Älterwerden zu ermöglichen. Zugleich werden Handlungsempfehlungen zur Überwindung von Ungleichheiten in der alternden Gesellschaft ausgesprochen. Zum ersten Mal wird mit dem Siebten Altenbericht die Thematik der kommunalen Daseinsvorsorge aus der Perspektive der älteren Menschen umfassend beleuchtet.

Die Altenberichtskommission hat ihre inhaltliche Arbeit im Sommer 2015 abgeschlossen. Von daher wird die zur Alterung der Gesellschaft jüngst hinzugekommene weitere Herausforderung für die kommunale Daseinsvorsorge – die nach Deutschland kommenden Asylsuchenden und Flüchtlinge – nicht thematisiert.

Die 11-köpfige Altenberichtskommission stand bereits während der Erarbeitungsphase in engem Austausch mit relevanten gesellschaftlichen Akteuren. Sie führte Fachgespräche und Anhörungen mit Seniorenorganisationen sowie mit Expertinnen und Experten aus Politik, Kommunen, Verbänden, Ministerialverwaltungen und Wissenschaft durch. Hinzu kamen gemeinsame Beratungen mit der Kommission zur Erstellung des Zweiten Engagementberichts und der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege.

Wegen großer thematischer Schnittmengen hat auch eine gemeinsame Tagung der Sachverständigenkommissionen des Zweiten Engagementberichts und des Siebten Altenberichts stattgefunden. Zurückgehend auf eine Empfehlung des Ersten Engagementberichts erfolgte so eine thematische Verzahnung. Beide Berichte behandeln aus ihrer jeweiligen Perspektive u. a. das Thema „Sorgende Gemeinschaften“ im demografischen Wandel und die Daseinsvorsorge als Aufgabe der Kommune.

Der Zweite Engagementbericht hat den Schwerpunkt „Demographischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung“. Er soll aufzeigen, wie freiwilliges, bürgerschaftliches Engagement zur Bewältigung des demografischen Wandels als Ergänzung zur staatlichen Daseinsvorsorge beitragen und wie dieses Engagement vor Ort gestärkt werden kann.

Nicht zuletzt knüpfte die Altenberichtskommission an den Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung an, analysierte Ungleichheiten in der Gesellschaft und stellte dabei auch auf die Lebenslaufperspektive ab, die sich im Gleichstellungsbericht als gewinnbringend erwiesen hat.

Die Bundesregierung dankt der Kommission und ihrem Vorsitzenden Professor Andreas Kruse für die eingehende Bearbeitung des aktuellen und für die Weiterentwicklung unserer Gesellschaft so bedeutenden Themas „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“.

B. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune

1. Seniorenpolitische Leitlinien

Ältere Menschen werden zukünftig unsere Gesellschaft mehr und mehr prägen. Diese Entwicklung wird von verschiedenen Faktoren bestimmt: Die geburtenstarken Jahrgänge der „Baby-Boomer" der 1960er Jahre erreichen bald das Rentenalter. Hinzu kommt, dass sich die Lebenserwartung seit dem 19. Jahrhundert fast verdoppelt hat; sie liegt für die heute geborenen Jungen im Durchschnitt bei 78 Jahren, für die Mädchen bei 83 Jahren. Aktuell gehört mehr als jede vierte Person der Generation 60plus an. Abhängig davon, wie sich die Lebenserwartung, das Wanderungsverhalten in der Bevölkerung sowie die Geburtenrate entwickeln, werden im Jahr 2050 zwischen 33 und 40,1 Prozent der Bevölkerung 60 Jahre oder älter sein.

Neun von zehn Seniorinnen und Senioren bestreiten ihren Lebensunterhalt überwiegend durch eine Rente oder Pension. Dabei zeigen sich zwischen Frauen und Männern deutliche Unterschiede: Bei verheirateten Paaren der Generation 65plus leben aufgrund der klassischen Rollenverteilung 25 Prozent der Ehefrauen überwiegend von den Einkünften der Angehörigen; entsprechendes gilt nur für ein Prozent der Männer.

Die meisten älteren Menschen der Altersgruppe 65plus fühlen sich gesundheitlich wohl. Wenn auch gesundheitliche Beeinträchtigungen erwartungsgemäß mit dem Alter zunehmen, fühlen sich doch mehr als 75 Prozent im Alltag bei der Ausübung der gewohnten Tätigkeiten noch nicht beeinträchtigt. Erst im hohen Alter steigt der Pflegebedarf deutlich an. Zwischen 75 und 79 Jahren ist jede zehnte Person pflegebedürftig, in der Altersgruppe der über 90-Jährigen steigt der Anteil auf rund zwei Drittel.

Noch 85 Prozent der Menschen ab 85 Jahren leben heute im eigenen Haushalt. Über 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause betreut.

Ausgehend von diesen Entwicklungen ist es für unsere Gesellschaft entscheidend, dass die Menschen ein erfülltes Leben bis ins hohe Alter führen können. Die Politik für ältere Menschen muss deshalb darauf ausgerichtet sein, ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen sowie soziale Teilhabe zu fördern und zu sichern.

Bestimmende Faktoren der Lebensqualität im Alter sind Gesundheit und soziale Sicherung. Für die meisten Menschen hängt die Lebensqualität darüber hinaus von der Ausgestaltung des direkten Lebensumfeldes und der Einbindung in die örtliche Gemeinschaft ab. Die lokalen Rahmenbedingungen spielen deshalb für das Leben im Alter eine entscheidende Rolle. Dazu gehören lebendige Nachbarschaften, Angebote für soziales Miteinander, Wohlfahrtsstrukturen und bürgerschaftliches Engagement. Entscheidend sind aber auch passgenaue Dienstleistungsangebote, eine seniorengerechte Infrastruktur sowie stabile Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit und zur Unterstützung bei Hilfe- und Pflegebedarf. Nicht zuletzt tragen vielfältige Wohnformen dazu bei, dass Menschen bis ins hohe Alter weitgehend selbstbestimmt und selbstständig im vertrauten Wohnumfeld leben können.

Der Siebte Altenbericht zeigt eindrucksvoll auf, dass starke, handlungsfähige Kommunen von zentraler Bedeutung sind, um im demografischen Wandel die Politik für ältere und mit älteren Menschen vor Ort wirkungsvoll weiterzuentwickeln. Er verdeutlicht, dass es dabei sowohl auf die strukturellen und inhaltlichen als auch auf die finanziellen Rahmenbedingungen ankommt.

Gerade wegen der sehr unterschiedlichen Entwicklungen in den Kommunen in Deutschland besteht aus Sicht der Bundesregierung besonderer seniorenpolitischer Handlungsbedarf. Die Ausführungen der Berichtskommission weisen auf die Schwierigkeiten hin, gleichwertige Lebensverhältnisse für ältere Menschen zu sichern. So gibt es viele Kommunen, die sich seit langem auf den demografischen Wandel eingestellt und ihre Entscheidungen verstärkt an den Belangen älterer Menschen ausgerichtet haben. In einigen ländlichen und strukturschwachen Regionen stellt sich aber angesichts der steigenden Zahl älterer und der Abwanderung junger Menschen bereits die Frage nach der Sicherstellung der regionalen Daseinsvorsorge. Hinzu kommt eine Vielzahl von Gemeinden, die sich vor allem angesichts finanzieller Engpässe kaum mehr in der Lage sehen, die angestrebten Ziele umzusetzen. Es ist deshalb von zentraler Bedeutung, dass Kommunen in der Lage sind, ihrer Verantwortung für die regionale Daseinsvorsorge nachzukommen und eine über die Grundbedürfnisse hinausgehende Infrastruktur vorzuhalten.

Der Bund hat die Kommunen bereits umfassend mit einer ganzen Reihe von Maßnahmen finanziell entlastet. Auch sind in dieser Legislaturperiode umfangreiche gesetzliche Weichenstellungen vorgenommen worden, um die kommunale Ebene z. B. im Gesundheits- und Pflegebereich besser einzubinden und sie in Bezug auf Sozialausgaben zu entlasten. Nicht zuletzt gibt es in allen Bereichen der Daseinsvorsorge zukunftsweisende Modelle und Programme, die die örtlichen Strukturen zugunsten der älteren Menschen stärken.

Mit Blick auf die Herausforderungen im demografischen Wandel hält es die Bundesregierung aber – ausgehend von Empfehlungen der Altenberichtskommission – auch für geboten, weiterreichende Ziele zur Stärkung der Rolle der Kommunen und zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für ältere Menschen anzustreben und so eine Neuausrichtung der Politik für ältere Menschen zu bewirken.

Um gleichwertige Lebensverhältnisse in ganz Deutschland zu sichern, kommt es in der Politik für ältere Menschen darauf an, dass die Akteure auf allen Ebenen ihre Verantwortung angesichts der neuen Herausforderungen besser wahrnehmen. Dies gilt sowohl für Bund, Länder und Kommunen als auch für die zivilgesellschaftlichen Akteure auf regionaler Ebene. Dazu gehört insbesondere die Handlungsfähigkeit der Kommunen. Auch ebenen- und sektorenübergreifende Handlungsansätze können dazu beitragen.

Den Anregungen der Kommission folgend hält es die Bundesregierung für wichtig, eine breite gesellschaftspolitische Diskussion darüber anzustoßen, wie allen Menschen – gerade auch im Alter – eine umfassende Teilhabe ermöglicht werden kann. Im Übrigen hat die Bundesregierung mit Blick auf die Unterstützung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet im Mai 2015 Eckpunkte für ein gesamtdeutsches Fördersystem für strukturschwache Regionen ab dem Jahr 2020 beschlossen. Sie misst in diesem Zusammenhang auch der Daseinsvorsorge eine hohe Bedeutung zu. Zur näheren Abstimmung der Eckpunkte laufen Gespräche mit den Ländern.

Darüber hinaus ist es erforderlich, dass staatliche Institutionen, Wohlfahrtsverbände, zivilgesellschaftliche Organisationen, professionelle Akteure sowie Bürgerinnen und Bürger vor Ort eng zusammenwirken, um einerseits bedarfsgerecht zu planen, andererseits die Angebote zielgerichtet einzusetzen und zu nutzen.

Die Bundesregierung erkennt an, dass bereits in vielen Kommunen die Bedarfe älterer Menschen erhoben sowie systematische Bedarfs- und Infrastrukturplanungen durchgeführt werden. Sie hält es aber – auch im Hinblick auf die Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse – für angezeigt, dass bundesweit Altenhilfestrukturen verstärkt geplant, auf- und ausgebaut werden. So kann eine bessere Abstimmung mit anderen Bereichen der Daseinsvorsorge erfolgen. Auch können durch bessere Koordinierung, Kooperationen und Vernetzungen die Sozialräume bedarfsgerecht gestaltet, stabile Sorgestrukturen geschaffen, generationsübergreifende Vorhaben gezielt umgesetzt und die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen gesichert werden. Um dies zu erreichen, wird die Bundesregierung die Empfehlungen der Kommission zum Anlass nehmen, die Diskussion um eine Verbesserung der Altenhilfestrukturen und ggf. deren gesetzliche Grundlagen neu zu beleben.

Die Bundesregierung wird diese seniorenpolitisch weitreichenden Themen in den vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingesetzten Runden Tisch „Aktives Altern – Übergänge gestalten“ einbringen und sie so in die Fachkreise und die Zivilgesellschaft tragen. Sie wird gemeinsam mit der Altenberichtskommission eine breite Debatte über die Sorge und Mitverantwortung in der Kommune anstoßen und so der Politik für ältere Menschen neue Impulse geben.

Im Sinne der Kommission sieht die Bundesregierung – neben der Gesundheitsförderung sowie der guten Versorgung bei Krankheit und Pflege – den differenzierten Blick auf das Alter, generationsübergreifende Konzepte sowie die Überwindung von sozialen Ungleichheiten als wichtige Ankerpunkte einer modernen Seniorenpolitik an. Diese muss sich in erster Linie an den Fähigkeiten und nicht an den Defiziten der Seniorinnen und Senioren ausrichten. Hierbei kommt der Prävention und der Sicherstellung der Teilhabe durch wohnortnahe Unterstützungsangebote eine besondere Bedeutung zu.

Da die bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu den vorrangigen senioren- und familienpolitischen Aufgaben gehört, wird die Bundesregierung – unter Einbeziehung der Empfehlungen der Kommission – die Diskussion über die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf weiterführen. Dabei wird sie auch berücksichtigen, dass die Sorgearbeit in der Familie immer noch vorrangig von Frauen geleistet wird. Hilfreich könnten Gemeinschaftsinitiativen sein, die vor Ort die Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für berufstätige Frauen und Männer, die Pflegeaufgaben übernehmen, verbessern können.

Die Bundesregierung wird nicht zuletzt ihre Arbeit verstärkt darauf ausrichten, dass dem Wohnen im Alter, der Bildung und dem lebenslangen Lernen mehr Bedeutung beigemessen wird. Zugleich strebt sie an, dass bürgerschaftliches Engagement von älteren Menschen und für ältere Menschen und seine Bedeutung für die lokale Entwicklung stärker anerkannt werden.

Zu den im Bericht aufgeführten einzelnen Handlungsfeldern und den dazu ausgesprochenen Empfehlungen der Altenberichtskommission nimmt die Bundesregierung im Folgenden Stellung.

Im Übrigen ist festzuhalten, dass die Finanzierung von genannten oder geplanten Maßnahmen innerhalb der jeweiligen Haushaltsansätze der betroffenen Einzelpläne sicherzustellen ist. Die Aufführung solcher Maßnahmen präjudiziert weder die laufenden noch künftige Haushaltsverhandlungen.

2. Daseinsvorsorge und kommunale Verantwortung

Die Sachverständigenkommission betont zu Recht die kommunale Verantwortung für die Aufgaben der Daseinsvorsorge, die sich aus Artikel 28 Absatz 2 des Grundgesetzes (GG) ableitet. Die Kommunen beeinflussen dementsprechend die Lebensbedingungen der älteren Menschen auf vielfältige Weise.

Einerseits verfolgen viele Kommunen unter Beteiligung älterer Menschen eine aktivierende und auf Teilhabe gerichtete Politik. Andererseits gibt es Kommunen, die insbesondere seit Einführung der Pflegeversicherung und auch unter Finanzierungsaspekten keinen Schwerpunkt darauf legen, Hilfestrukturen im Bereich der Betreuung und Pflege älterer Menschen aktiv zu gestalten und zukunftsgerecht auszurichten.

Ziel der Bundesregierung sind handlungsfähige Länder und Kommunen, die ihre vielfältigen Aufgaben erfüllen können. Starke Kommunen sind ein unverzichtbarer Bestandteil zukunftsorientierter Daseinsvorsorge.

Die Bundesregierung hat bereits vielfältige Weichenstellungen vorgenommen. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz sind Regelungen zur Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit in der Beratung und Versorgung Pflegebedürftiger getroffen worden. Die Bundesregierung hat zudem die Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege in dem Entwurf eines Dritten Pflegestärkungsgesetzes umgesetzt. Ziel ist es unter anderem, das Zusammenwirken zwischen den Pflegekassen und den Kommunen zu intensivieren und Modellvorhaben zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen durch kommunale Beratungsstellen in bis zu 60 Kreisen und kreisfreien Städten zu ermöglichen.

Das Bundeskabinett hat am 2. September 2015 die weiterentwickelte Demografiestrategie „Jedes Alter zählt – für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen“, beschlossen. Diese hat das Ziel, Rahmenbedingungen zu schaffen, die den Wohlstand für die Menschen aller Generationen in unserem Land erhöhen und die Lebensqualität weiter verbessern. Im Rahmen der Demografiestrategie wurde auch deutlich gemacht, dass die Unterstützung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse und der Arbeitsbedingungen in allen ländlichen und städtischen Regionen sowie die Sicherung einer hohen Lebensqualität und guter Beschäftigungs- sowie Umweltbedingungen in Stadt und Land wichtige Ziele sind. Betont wurde dabei, dass den Kommunen als Lebensort für ein selbstbestimmtes Leben im Alter und als Akteuren bei der Gestaltung des demografischen Wandels eine besondere Bedeutung zukommt. Es wurde die Notwendigkeit dargelegt, Prozesse zur Gestaltung des demografischen Wandels vor Ort anzustoßen und zu begleiten.

Im Rahmen der Demografiestrategie diskutieren die Gestaltungspartner aus Ländern, Kommunen, Wirtschafts- und Sozialverbänden in insgesamt zehn Arbeitsgruppen gemeinsam mit den Vertretungen der Bundesministerien über die demografischen Herausforderungen auch in den hier genannten Handlungsfeldern; sie entwickeln neue Lösungsvorschläge und setzen sie mit um. Sie sind damit von entscheidender Bedeutung für einen erfolgreichen Gesamtprozess. Die Arbeitsgruppe „Regionen im demografischen Wandel stärken – Lebensqualität in Stadt und Land fördern“ unter Mitwirkung von Vertretungen der Länder sowie der Kommunalen Spitzenverbände befasst sich dabei schwerpunktmäßig mit der Sicherung der regionalen Daseinsvorsorge.

Der Bund hat die Kommunen bereits durch eine ganze Reihe von Maßnahmen finanziell entlastet. So wurden die Kosten für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung vollständig übernommen und ein kommunales Investitionsprogramm speziell für finanzschwache Kommunen geschaffen. Bezüglich der im Koalitionsvertrag zugesagten Entlastung der Kommunen um 5 Milliarden Euro jährlich ab 2018 haben sich Bund und Länder am 16. Juni 2016 darauf verständigt, dass zur Umsetzung dieser Entlastung der Umsatzsteueranteil der Gemeinden, die Bundesbeteiligung an den Kosten der Unterkunft sowie der Umsatzsteueranteil der Länder erhöht werden sollen.

Die Bundesregierung begrüßt, dass die Sachverständigenkommission die Bedeutung der Bauleitplanung gemäß Baugesetzbuch und der informellen Planung für die Daseinsvorsorge herausstellt. Darüber hinaus unterstreicht sie den Beitrag der Städtebauförderung von Bund und Ländern, insbesondere der Städtebauförderprogramme „Soziale Stadt“, „Stadtumbau Ost und West“ sowie „Kleinere Städte und Gemeinden – überörtliche Zusammenarbeit und Netzwerke“ zu einer integrierten Kommunalentwicklung. Die Programme der Städtebauförderung tra-

gen entscheidend dazu bei, Städte und Gemeinden als Wohn- und Versorgungsstandorte zu stärken und den sozialen Zusammenhalt in den Quartieren zu fördern. Bund und Länder haben unter anderem die besonderen Möglichkeiten der Städtebauförderung bekräftigt, öffentliche Räume und Gebäude sowie das Wohnumfeld barrierefrei bzw. barrierearm zu gestalten und damit die Städte und Gemeinden für alle Bevölkerungsgruppen lebenswert und nutzbar zu machen.

Um die Kommunen in ihrer Entwicklung zu unterstützen, hat die Bundesregierung die Mittelansätze für die Städtebauförderung in der 18. Legislaturperiode deutlich erhöht. Für Maßnahmen des Städtebaus stehen derzeit insgesamt rund 700 Millionen Euro jährlich zur Verfügung, ab dem Jahr 2017 weitere 300 Millionen Euro jährlich für die soziale Stadtentwicklung. Insbesondere das Programm „Soziale Stadt“ wurde als Leitprogramm der sozialen Integration im Rahmen der Städtebauförderung gestärkt. Mit einer ressortübergreifenden Strategie Soziale Stadt wird die Bundesregierung die Kommunen in Zukunft noch stärker unterstützen, integrative und sozialraumorientierte Handlungsansätze umzusetzen.

Mit ihrer Städtebau- und Wohnungspolitik, aber auch mit ihrer Umweltpolitik trägt die Bundesregierung maßgeblich dazu bei, den Kommunen und damit auch den älteren Einwohnerinnen und Einwohnern nachhaltige Zukunftsperspektiven zu geben. Um Regionen im demografischen Wandel attraktiv zu halten, und zwar für junge und ältere Menschen, für Familien und Unternehmen, für Ortsansässige wie für Neubürgerinnen und Neubürger, ist es erforderlich, sie in ihrer Entwicklung ganzheitlich als Ort des Lebens und Wirtschaftens, aber auch als Naturraum und Ort kultureller Identität zu stärken.

Auch im „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“ der Modellvorhaben der Raumordnung hat sich gezeigt, dass zur Gestaltung tragfähiger Angebote der Daseinsvorsorge eine gute lokale Verankerung notwendig ist. Im Programm erprobten die beteiligten Modellregionen erfolgreich Maßnahmen und Strategien zur Stärkung und Stützung des privaten, informellen Pflegebereichs, zur Weiterentwicklung und zum Ausbau von professionellen Pflegedienstleistungen und zur Behebung des Fachkräftemangels. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf Strategien, die sich auf die Begünstigung einer möglichst langen eigenständigen Haushaltsführung auch bei vorhandenem Pflegebedarf beziehen, wie Quartierskonzepte und neue Wohnkonzepte für Ältere.

Die Planung von Maßnahmen der Daseinsvorsorge sollte grundsätzlich als ein integrierter und zentraler Bestandteil der Stadt-, Gemeinde- und Ortsentwicklung verstanden werden. Entsprechend der Zielsetzung der Kommission sollte der Fokus stärker auf die Umsetzung von Gesamtkonzepten gerichtet werden, die gewährleisten, dass die Teilhabe und damit die Lebensqualität der älteren Menschen insgesamt gesichert werden. Dabei hat die Kommune als Träger der Gesamtverantwortung für die Altenhilfe eine besondere Verpflichtung bezüglich der Steuerung, d. h. der Einbindung der Beteiligten, der Strukturierung der Prozesse und der Koordinierung der Maßnahmen.

Die Bundesregierung wird auch weiter darauf hinwirken, die Kommunen im Rahmen der politischen und finanziellen Spielräume zu unterstützen, um umfassende Teilhabe und Selbstbestimmung der älteren Menschen zu fördern und die Daseinsvorsorge zu stärken.

3. Subsidiarität als Ordnungsrahmen für lokale Strukturen und Netzwerke

Die Bundesregierung begrüßt die Auseinandersetzung der Sachverständigenkommission mit dem Ordnungsprinzip der Subsidiarität. Sie teilt die Auffassung der Kommission, dass die informellen Hilfenetzwerke, bestehend aus Familien, Nachbarschaften, Freundeskreisen und bürgerschaftlich engagierten Menschen, eine wichtige Säule des Gemeinwesens bilden und gestärkt werden müssen. Deshalb ist es eine Aufgabe von Bund, Ländern und Kommunen, mit Strukturen in öffentlicher und freier Trägerschaft die öffentliche Daseinsvorsorge sicherzustellen und zu ermöglichen, dass diese durch eigenverantwortliche Sorge und Mitverantwortung von Bürgerinnen und Bürgern ergänzt werden kann.

Die von der Kommission behandelte Weiterentwicklung der klassischen Definition von Subsidiarität entspricht dem Verständnis einer modernen Engagementpolitik, die die heutige Komplexität gesellschaftlicher Strukturen berücksichtigt und sich zu Nutze macht.

Bürgerschaftliches Engagement ist eine wesentliche Bedingung für die bessere Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen, wie insbesondere die Auswirkungen des demografischen Wandels oder die Integration der vielen zu uns geflüchteten Menschen. Bürgerschaftliches Engagement kann und darf aber nicht verordnet werden und kann immer nur die staatliche Daseinsvorsorge sinnvoll ergänzen, aber nie ersetzen. Die Bundesregierung

schafft und stärkt gute Rahmenbedingungen für bürgerschaftliches Engagement und baut die Anerkennungskultur für den wertvollen Beitrag der bürgerschaftlich Engagierten aus.

Engagement und Alter

Der wachsenden Gruppe lebensälterer Menschen kommt bei der Gestaltung von Engagementpolitik sowohl als Ziel- als auch als Akteursgruppe eine besondere Rolle zu. Die steigende Lebenserwartung führt nicht zuletzt dazu, dass die Menschen auch anders altern; die meisten Menschen haben heute gewonnene Jahre mit einem erfüllten Leben. Dies schlägt sich auch in einem zunehmenden Engagement älterer Menschen nieder. Zugleich steigt die Zahl älterer Menschen, die Unterstützung durch bürgerschaftliches Engagement in ihrem Alltag wertschätzen.

Bürgerschaftliches Engagement stärkt den Zusammenhalt der Generationen. Viele ältere Menschen bringen über freiwilliges Engagement tatkräftig ihre reichhaltige Lebenserfahrung ein und geben diesen Erfahrungsschatz an junge Menschen weiter. Junge Leute profitieren einerseits von dieser Erfahrung, engagieren sich aber auch selbst zum Wohle älterer Mitbürgerinnen und Mitbürger. Bürgerschaftliches Engagement dient so auch als Lernort zur Vermittlung von Schlüsselkompetenzen, die für die Alltagsbewältigung nützlich sind.

Ein gutes Beispiel hierfür sind die Freiwilligendienste. Im Bundesfreiwilligendienst, der seit vier Jahren allen Altersgruppen offensteht, sind rund 13 Prozent der Freiwilligen über 50 Jahre alt, knapp 1 Prozent über 65 Jahre alt (Stand: April 2016). Sie nutzen die Möglichkeit für ein freiwilliges Engagement im sozialen oder ökologischen, im kulturellen und sportlichen Bereich oder bei der Integration. Auf der anderen Seite engagieren sich die Jüngeren u. a. in den seit Jahrzehnten erfolgreichen Jugendfreiwilligendiensten in Hilfe und Betreuung für die Älteren, z. B. in Senioren- oder Pflegeheimen oder auch den Mehrgenerationenhäusern. Engagement und die damit verbundene informelle Bildung führen so zu einer Win-win-Situation für alle Generationen im Sinne sorgender Gemeinschaften.

Das Netzwerkprogramm „Engagierte Stadt“ wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, fünf Stiftungen – der Bertelsmann Stiftung, der BMW Stiftung Herbert Quandt, der Herbert Quandt-Stiftung, der Körber-Stiftung und der Robert Bosch Stiftung – sowie einem Unternehmen, dem Generali Zukunftsfonds, initiiert. Es unterstützt den Aufbau bleibender Engagementlandschaften in 50 kleinen bis mittelgroßen Städten und Gemeinden in Deutschland. Dabei setzt es den Schwerpunkt auf die Förderung von starken Verantwortungsgemeinschaften, Kooperationen zwischen Akteuren der kommunalen Zivilgesellschaft, Verwaltung und Wirtschaft. Die „Engagierte Stadt“ hat damit Vorbildcharakter für trisektorale Zusammenarbeit in der Engagementförderung, sowohl auf der Ebene der Programmträger als auch auf der Ebene der geförderten Kooperationen vor Ort.

Mit dem Programm „Menschen stärken Menschen“ unterstützt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Strukturen und Netzwerke zur Förderung von bürgerschaftlichem Engagement und stärkt so den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Insgesamt 19 Programmträger setzen das Patenschaftsprogramm von „Menschen stärken Menschen“ um und wollen in 2016 mindestens 25.000 neue Patenschaften zwischen geflüchteten und hier lebenden Menschen stiften. Dabei sind besonders lebensältere Menschen eine wichtige Zielgruppe als Patinnen und Paten. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros beteiligt sich an der Umsetzung des Programms.

Gendergerechtigkeit und Anerkennung von Sorgearbeit

Es ist ein besonderes Verdienst der Sachverständigenkommission, den Aspekt der Gendergerechtigkeit erstmals einzubeziehen. Insbesondere muss die Absicherung und Anerkennung von Sorge- bzw. Care-Arbeit unterschiedliche Lebensphasen und Lebensmodelle berücksichtigen. Nicht alle denkbaren Wahlmöglichkeiten können jedoch gesellschaftlich finanziert werden. Entscheidend ist einerseits, einen Konsens zu finden, welche Sorgezeiten und Sorgetätigkeiten, die Frauen und Männer erbringen, durch die Gesellschaft unterstützt werden. Andererseits müssen neue Maßnahmen auch dazu beitragen, dass Sorgearbeit, z. B. Pflege von alten, kranken und behinderten Personen oder die familiäre Sorge im Hinblick auf Kinder, sowohl von Frauen als auch von Männern geleistet wird.

Um hier neue Akzente zu setzen, richtet das Ministerium für Chancengleichheit in Luxemburg am 17./18. Oktober 2016 die 3. Internationale Männerkonferenz zum Thema „Who cares? Who shares? – Männer als Akteure und Adressaten in der Gleichstellungspolitik“ mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familien, Senioren,

Frauen und Jugend aus. Ziel der zweitägigen Konferenz ist es, Empfehlungen für zielführende, evidenzbasierte Vereinbarkeitspolitiken zu formulieren. Sie soll ein Signal zur Ermunterung und Ermutigung von Jungen, Männern und Vätern setzen, ihre Hälfte der Care-Verantwortung wahrzunehmen. Auch der Zweite Gleichstellungsbericht der Bundesregierung wird sich mit diesem Thema auseinandersetzen.

Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss durch geeignete Rahmenbedingungen für Frauen und Männer verbessert werden. Die Bundesregierung sieht für die Zukunft weiteren Handlungsbedarf, um den Wünschen der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen einerseits und den Erfordernissen der Wirtschaft in Hinblick auf die Fachkräftesicherung andererseits besser entsprechen zu können. Sie weist aber auch darauf hin, dass mit den jüngsten Reformen der Pflegeversicherung schon wesentliche Verbesserungen erreicht wurden. Zu nennen ist insbesondere der erhebliche Ausbau der Leistungen bei der Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege, der gerade auch auf pflegende Angehörige zielt, Flexibilisierungen bei der Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Verbesserungen bei der sozialen Sicherung der Pflegepersonen (insbesondere bei Renten- und Arbeitslosenversicherung), verbesserte Beratung auch für Angehörige sowie die Einführung der Lohnersatzleistung des Pflegeunterstützungsgeldes. Hervorzuheben ist, dass mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf wichtige Weiterentwicklungen und Verbesserungen im Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz eingeführt wurden. Die Bundesregierung wird in diesem Zusammenhang auch prüfen, wie zugunsten von Familien weitere Spielräume für mehr Zeitsouveränität geschaffen werden können.

4. Ungleichheiten in der alternden Gesellschaft

Viele der heute älteren Menschen sind gesünder, besser ausgebildet und auch materiell stärker abgesichert als frühere Generationen. Gleichwohl gilt das nicht für alle Älteren gleichermaßen, so dass die eingehende Betrachtung der Heterogenität der Lebensverhältnisse durch die Sachverständigenkommission besondere Beachtung verdient.

Bildung im Alter

Die Kommission stellt übergreifend die zentrale Rolle der Bildung und des lebenslangen Lernens heraus, um den aus dem demografischen Wandel erwachsenden Herausforderungen zu begegnen und Ungleichheiten in der alternden Gesellschaft zu überwinden.

Die Bundesregierung setzt sich dafür ein, dass Bildung auch im Alter für bildungsferne und ärmere Menschen, für Menschen mit Behinderung und für Personen mit Zuwanderungsgeschichte zugänglich ist. Die Fragen, wie Informationstechnologien von älteren Menschen genutzt werden können, welche Vorteile ihnen die Nutzung bringt und wie diese gefördert werden kann, gewinnen zunehmend an Bedeutung. Dies wird insbesondere in den Kapiteln zur gesundheitlichen Versorgung und zum Wohnen von der Altenberichtskommission herausgearbeitet.

Armutsrisiko im Alter

Die Bundesregierung teilt die Auffassung der Kommission, dass Armut im Alter für Betroffene eine besondere soziale Notlage darstellt, die z. B. in Folge unterbrochener Erwerbsbiografien eintreten kann. Die finanzielle Sicherheit im Alter ist deshalb auch regelmäßig Gegenstand der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung.

Ob jemand im Alter finanziell hilfebedürftig ist, hängt von einer Vielzahl oftmals sehr individueller Einflüsse ab. Diese Frage kann nur vor dem Hintergrund der gesamten Erwerbsbiografie, des Gesamteinkommens im Alter und des Haushaltskontextes beantwortet werden. Eindeutige Aussagen zur künftigen Verbreitung von Altersarmut in Deutschland sind aufgrund vielfältiger offener Fragen und wegen der Komplexität der gegebenenfalls zu Altersarmut führenden Sachverhalte oder Lebensverläufe seriös kaum möglich.

Die Bundesregierung weist darauf hin, dass die Pflegeversicherung den Zugang zu Pflegeleistungen verbessert, und weist die nicht verifizierte Vermutung zurück, dass Menschen mit niedrigem Einkommen schlechtere Zugangschancen zu Leistungen der Pflegeversicherung haben.

Armutsrisiko von Frauen im Alter

Im Bericht der Sachverständigenkommission wird unter Bezugnahme auf den Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung festgestellt, dass die spezifischen Erwerbsverläufe von Frauen zu niedrigeren eigenen Rentenansprüchen führen, die trotz Berücksichtigung von Sorgearbeit bei der Berechnung der Rente nicht vollständig ausgeglichen werden. Auch bei der betrieblichen Altersversorgung, so die Sachverständigenkommission, zeigen sich systematische Ungleichheiten.

Die Bundesregierung sieht es vor diesem Hintergrund als erforderlich an, die eigenständige Existenzsicherung im Lebensverlauf von Frauen zu stärken, um daraus Alterseinkommen zu generieren. Wie die Sachverständigenkommission in ihrem Bericht richtig darstellt, ist eine „eigenständige Alterssicherung oberhalb des Niveaus der Armutsgrenze oder der Grundsicherung […] auf Grundlage von Niedriglohnarbeitsverhältnissen und Minijobs kaum möglich“. Die Bundesregierung hat daher mit vielfältigen Maßnahmen dazu beigetragen, dass Frauen in der Arbeitswelt bessere Möglichkeiten haben, durch ihre Erwerbsarbeit eigene Rentenansprüche zu erwerben und damit Armutsrisiken zu verringern. Sie unterstützt dabei insbesondere die Empfehlung der Sachverständigenkommission, für eine „gendergerechte Verteilung von Sorgearbeit“ auch im informellen Kontext einzutreten. Denn die Übernahme von Sorgearbeit und die damit verbundenen Unterbrechungen und Reduzierungen von Erwerbstätigkeit sind die wesentliche Ursache für die im Durchschnitt geringeren eigenen Alterssicherungsansprüche von Frauen.

Die Bundesregierung hat mit dem Rechtsanspruch auf Kinderbetreuung, dem Elterngeld und dem ElterngeldPlus sowie der Flexibilisierung der Erziehungszeit die Rahmenbedingungen für die partnerschaftliche Vereinbarkeit von Familie und Beruf und damit für eine bessere eigenständige Altersvorsorge der Frauen für die Zukunft verbessert. Auch die geplanten Gesetze für mehr Lohngerechtigkeit und einen Rückkehranspruch zur früheren Arbeitszeit für Teilzeitbeschäftigte werden zur Verbesserung der eigenständigen Altersvorsorge beitragen, soweit dadurch höhere Rentenanwartschaften erworben werden.

Entsprechende Maßnahmen sind weiter erforderlich, auch wenn von niedrigen eigenen Altersrentenansprüchen allein noch nicht zwingend auf ein entsprechend hohes Armutsrisiko von Frauen im Alter geschlossen werden kann. Flankierende gleichstellungspolitische Maßnahmen in der Arbeitswelt tragen zum weiteren Anstieg des eigenen Erwerbseinkommens von Frauen bei. Damit steigen auch die eigenen Rentenansprüche von Frauen. Dies trägt wesentlich dazu bei, dass auch für Frauen im Rentenalter die Abhängigkeit vom Einkommen des Partners sinkt.

Wer im Alter hilfebedürftig ist, kann die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung in Anspruch nehmen. Ende 2014 waren rund 3 Prozent der 65-Jährigen und Älteren auf diese Leistungen angewiesen. Bis zur Einführung der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Jahr 2003 hatte der Elternunterhalt (Heranziehung von Kindern zur Unterhaltszahlung für ihre Eltern) zu verschämter Altersarmut insbesondere von Frauen beigetragen. Seit 2003 werden Kinder für Eltern, die Grundsicherungsleistungen beziehen, nicht mehr zu Unterhaltszahlungen herangezogen, wenn sie ein Jahreseinkommen von weniger als 100.000 Euro haben.

Die von der Kommission herangezogene „Armutsrisikoquote“ ist eine Maßzahl, mit der ein Aspekt der Ungleichheit in der Einkommensverteilung statistisch gemessen wird. Sie liefert keine Informationen über individuelle Bedürftigkeit im Sinne von existenzieller Not, sondern ist lediglich ein Indikator, der auf ein mögliches Armutsrisiko hinweist. Von dieser statistischen Definition des „relativen Armutsrisikos“ ist das soziokulturelle Existenzminimum, das im Sozialhilferecht abgesichert ist, streng zu unterscheiden. Für die Bemessung der Regelbedarfe gilt eine Berechnungsmethode auf Basis statistisch erhobener Konsumausgaben unterer Einkommensgruppen. Die ermittelten Regelbedarfe gewährleisten zusammen mit den regional unterschiedlichen Leistungen für Unterkunft, Warmwasser und Heizung, sowie gegebenenfalls den Mehrbedarfen, ausgewählten einmaligen Leistungen sowie der Kostenübernahme für die Kranken- und Pflegeversicherung, dass das soziokulturelle Existenzminimum gedeckt ist.

Die Pflegeversicherung trägt maßgeblich zur Entlastung der Betroffenen von den Kosten der Pflege bei. Die Bundesregierung weist die Vermutung zurück, dass die privat zu tragenden Kosten von Pflegebedürftigkeit wegen ausbleibender Leistungsdynamisierung in der Pflegeversicherung steigen. Der Anteil der Pflegebedürftigen, der ergänzend Leistungen der Hilfe zur Pflege des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) bezieht, stagniert seit langem und war zuletzt sogar leicht rückläufig.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind seit ihrer Einführung wiederholt erhöht und ausgeweitet worden. Eine Dynamisierungsüberprüfung erfolgt alle drei Jahre, zuletzt mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz, dessen Regelungen zum Großteil am 1. Januar 2015 in Kraft getreten sind. Die folgende, für das Jahr 2018 vorgesehene Dynamisierung wird auf den 1. Januar 2017 vorgezogen und verbunden mit den erneuten Anhebungen der Leistungsbeträge im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz. Die nächste turnusmäßige Dynamisierungsüberprüfung ist für das Jahr 2020 vorgesehen.

Der Anstieg der Grundsicherungsbeziehenden ab 2010 lässt sich teilweise durch den Rückgang der Wohngeldhaushalte erklären. Während beispielsweise der Grundsicherungsbezug bei Älteren im früheren Bundesgebiet höher ist als in den östlichen Ländern, ist es bei Wohngeld umgekehrt. Nimmt man beide Sozialleistungen zusammen, sind die Bezugsquoten in West und Ost etwa gleich hoch.

Die Entwicklungen der Renten und der gesamten Alterseinkommen sowie die Inanspruchnahme der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden sehr aufmerksam beobachtet. In der gesetzlichen Rentenversicherung werden zugleich die demografischen Veränderungen bedacht, und es wird darauf geachtet, dass die Folgen dieser Veränderungen möglichst generationengerecht auf Jung und Alt verteilt werden.

Zugangs- und Teilhabechancen

Die Sachverständigenkommission beleuchtet auch die Zugangschancen älterer Menschen zu Engagement. Dabei unterscheidet sie nach verschiedenen Engagementkategorien und stellt fest, dass die Zugangschancen ungleich verteilt sind. Sie weist darauf hin, dass insbesondere soziale Ungleichheit die Chancen älterer Menschen beeinflusst, sich aktiv in gesellschaftliche Prozesse einzubringen und vorhandene eigene Ressourcen auszuschöpfen. In Anbetracht des demografischen Wandels ist unsere Gesellschaft jedoch in hohem Maße auf die gesellschaftliche Teilhabe und das bürgerschaftliche Engagement angewiesen. Es muss deshalb verstärkt darauf hingewirkt werden, den verschiedenen Lebenslagen im Alter gerecht zu werden und so die Chancengleichheit zu verbessern sowie die Solidarität in der Gesellschaft zu festigen.

Eine wichtige Grundlage dafür bietet eine gute Wissens- und Datenbasis insbesondere zum freiwilligen Engagement in seinen unterschiedlichen Facetten. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fördert die empirische Engagementforschung, insbesondere repräsentative Datenerhebungen und Surveys: Hierzu zählt vor allem der Deutsche Freiwilligensurvey, dessen neueste Daten im Frühjahr 2016 veröffentlicht wurden. Entwicklung, Ausgestaltung und Rahmenbedingungen des freiwilligen Engagements werden in fünfjährlichem Abstand seit 1999 abgebildet. Auf dieser empirischen Basis, die durch spezifische Länderdaten regional vertieft wird, sind belastbare Aussagen, insbesondere auch im Hinblick auf die Engagement-Ressourcen einer alternden Gesellschaft, möglich.

Von besonderer Bedeutung für verbesserte Teilhabe ist auch eine effektive „Kooperation von Haupt- und Ehrenamtlichen in Pflege, Sport und Kultur“. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat dazu in der gleichnamigen Studie erstmals repräsentative Daten ermitteln lassen. Typische Kooperationsprobleme werden analysiert und bewährte Lösungsansätze werden aufgezeigt. Auch ein Handlungsleitfaden für die Praxis wurde erarbeitet.

Die im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführte Allensbach-Umfrage aus dem Jahr 2013 „Motive des Engagements“ (publiziert 2014) belegt das hohe Maß an Motivation, speziell älterer Menschen, sich ehrenamtlich zu engagieren und im Sinne einer mitverantwortlichen Sorge für andere Menschen einzusetzen. Hier finden sich auch mit Daten belegte Aussagen über die zivilgesellschaftlichen Motive und Motivbündel, sich für ein besseres Wohnumfeld bzw. für eine bessere Lebensqualität in der Kommune zu engagieren.

Schutz vor Gewalt

Für von Gewalt betroffene ältere Frauen steht – in Verantwortung von Ländern und Kommunen – eine Vielzahl von Frauenberatungsstellen und Frauennotrufen sowie Frauenhäusern zur Verfügung. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt diese durch die Finanzierung von deren Bundesvernetzungsstellen. Es hat zudem das Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ eingerichtet, das seit 2013 kostenfrei, rund um die Uhr, anonym, barrierefrei und mehrsprachig qualifizierte Erstberatung mit der Möglichkeit der Weitervermittlung ins örtliche Hilfesystem auch für die Zielgruppe der älteren Frauen anbietet.

Der überwiegende Anteil älterer Menschen wird Zuhause gut versorgt und gepflegt. Gleichwohl kommen ältere Menschen in nicht unerheblicher Anzahl von Fällen durch missbräuchliches Handeln zu Schaden. Das Bundesministerien der Justiz und für Verbraucherschutz, das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend haben am 5. September 2016 ein ressortübergreifendes Werkstattgespräch „Schutz älterer Menschen vor Gewalt in der häuslichen Pflege" durchgeführt (Dokumentation erfolgt auf der BMJV-Webseite). Auf der Grundlage der Ergebnisse des Werkstattgesprächs sollen erfolgsversprechende Gegenmaßnahmen entwickelt werden.

Alter und Migration

Die Bundesregierung begrüßt, dass die Kommission bei ihren Analysen die unterschiedlichen Lebenslagen der älteren Frauen und Männer mit Einwanderungsgeschichte in den Blick genommen hat. Dies entspricht der Zielsetzung, dass eine Willkommens- und Anerkennungskultur in allen Lebensbereichen, insbesondere im Bereich des ehrenamtlichen Engagements (z. B. Feuerwehr, Rettungsdienste) und der Kultur, im Sport und im Gesundheits- und Pflegebereich, gepflegt wird.

Die Kommission hat gezeigt, dass neuere Forschungsergebnisse die Erkenntnisse einer Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus 2007 zur Rolle der Herkunftsmilieus von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte bestätigen. Die Bundesregierung nimmt die Anregung auf, aufgrund der großen Parallelen zwischen den Lebens- und Bedürfnislagen von Menschen mit und ohne Einwanderungsgeschichte im Rahmen der Integration individuelle Lebensverläufe stärker in den Blick zu nehmen als die ethnische Herkunft und infolgedessen Konzepte der interkulturellen Öffnung von Angeboten im Alter eher als milieuspezifische Angebote anzulegen. Jedoch hält es die Bundesregierung weder für gerechtfertigt noch für zielführend, von „Ungerechtigkeiten im Zugang und in der Verteilung von Dienstleistungen und Gütern" zu sprechen. Soweit als Beleg hierzu einschlägige Studien zitiert werden, sind diese nach Auffassung der Bundesregierung nicht repräsentativ bzw. nicht mehr aktuell. Künftige Studien werden hierzu valide und repräsentative Daten liefern und insbesondere auch die in der Zwischenzeit eingeführten Leistungsverbesserungen in der Pflege berücksichtigen müssen.

Für alle Betroffenen gelten die gesetzlichen Regelungen im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) und die Vorgaben der diese umsetzenden Begutachtungsrichtlinien des GKV-Spitzenverbandes in gleicher Weise. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz werden zudem die Standards und Vorgaben für die Pflegeberatung deutlich verbessert werden, gerade auch mit Blick auf die Berücksichtigung der soziokulturellen Unterschiede und der besonderen Bedarfe spezifisch vulnerabler Gruppen von Pflegebedürftigen. Die Bundesregierung teilt die Sicht der Kommission dahingehend, dass diese besonderen Bedarfe bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Menschen generell zu berücksichtigen sind.

Die Zahl älterer Migrantinnen und Migranten, die in Deutschland leben und auch hier bleiben werden, steigt kontinuierlich an. Damit stellt sich mehr und mehr die Frage nach den Ressourcen und Voraussetzungen für ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben im Alter für diese heterogene Bevölkerungsgruppe. Menschen mit und ohne Einwanderungsgeschichte wünschen sich gleichermaßen eine selbständige Lebensführung bis ins hohe Alter. Sofern Unterstützung und Hilfe im Zuge des Alterns notwendig werden, wünschen sie diese bevorzugt innerhalb der häuslichen Umgebung und von der Familie. Familien leisten – zum Teil unterstützt durch ambulante Pflegedienste – Großartiges bei der Pflege ihrer Angehörigen. Doch es wird auch für ältere Frauen und Männer mit Einwanderungsgeschichte, z. B. aufgrund steigender Erwerbstätigkeit von Männern und Frauen oder infolge des Wohnens in verschiedenen Orten, zukünftig schwieriger werden, auf familiale Unterstützungsleistungen wie bisher zurückzugreifen. Die Pflegebedarfe werden mit zunehmendem Alter komplexer. Auch in Familien mit Einwanderungsgeschichte gibt es – insbesondere für die pflegenden Frauen – Überforderung. Eine Unterstützung durch professionelle Pflege wird daher auch hier zunehmend erforderlich sein.

Zugangsbarrieren und kultursensible Altenpflege

Im Bericht werden Zugangsbarrieren für die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen beschrieben, u. a. fehlende Deutschkenntnisse und – auch daraus folgende – Informationsdefizite. Hierzu werden verschiedene Hinweise und Anregungen für die kommunale Politik gegeben, Zugänge zu Ressourcen zu schaffen. Die Bundesregierung weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es darauf ankommt, die Vielfalt und Heterogenität der Pflegebedürftigen und ihrer Bedürfnisse in allen Versorgungsangeboten anzuerkennen. Sie setzt

sich dabei dafür ein, Parallelstrukturen zu vermeiden und bestehende Angebote so auszurichten, dass sie auch von Menschen aus unterschiedlichen Kulturen, Religionen und Weltanschauungen akzeptiert und genutzt werden.

Die Berücksichtigung interkultureller Aspekte war von Anfang an Gegenstand der bundesrechtlichen Regelung der Altenpflegeausbildung. Zur Unterstützung der Praxis wurde ein Handbuch zur kultursensiblen Altenpflegeausbildung entwickelt. Auch bei der laufenden Reform der Pflegeberufe spielt dieses Thema eine wichtige Rolle und wird daher im geplanten neuen Pflegeberufsgesetz aufgenommen werden: In § 5 Absatz 2 Satz 3 des Entwurfs eines Pflegeberufsgesetzes („Ausbildungsziel“) ist geregelt, dass Pflege „die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu pflegenden Menschen“ berücksichtigt. Ein weiteres Ziel ist es, zur Deckung des Fachkräftebedarfs mehr Auszubildende mit Migrationshintergrund und guten deutschen Sprachkenntnissen für die Pflege zu gewinnen.

Zu den Zielen der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege von Bund, Ländern, Kommunen und Verbänden zur Förderung der Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege und der Erhöhung der Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes (2012 – 2015) gehörte es, verstärkt bei Menschen mit Migrationshintergrund das Interesse an einer Altenpflegeausbildung zu wecken. Das „Beratungsteam Altenpflegeausbildung“ des Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben hat diese Zielgruppe in seine Informations- und Beratungstätigkeit einbezogen.

Neben der Gewinnung von mehr jungen Menschen mit Migrationshintergrund für die Pflegeausbildung ist auch die verbesserte Anerkennung ausländischer Abschlüsse ein wichtiges Anliegen der Bundesregierung. Zur Einwanderung von Pflegekräften ist jedoch zu betonen, dass sie auch über ausreichende deutsche Sprachkenntnisse verfügen müssen, um qualitativ gute Pflege leisten zu können.

Das jüngst in Kraft getretene Präventionsgesetz kann dazu beitragen, die Situation von Menschen mit Einwanderungshintergrund zu verbessern. So können zum Beispiel über die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten älterer Menschen wie dem Betrieb, der Kommune und dem Pflegeheim alle Menschen, insbesondere auch diejenigen mit Einwanderungshintergrund, erreicht werden. Darüber hinaus bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Informationsmaterial zu medizinischen Themen in unterschiedlichen Sprachen an. Ferner veröffentlicht das Robert Koch-Institut einen Impfkalender in 20 Sprachen. Im Rahmen des von der Beauftragten für Migration, Flüchtlinge und Integration in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit initiierten Schwerpunktjahres „Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft“ fanden 2015 zahlreiche Veranstaltungen und Fachtagungen statt, bei denen sich Expertinnen und Experten zur Verbesserung des Zugangs zu Gesundheits- und Pflegeleistungen ausgetauscht haben.

Um den Zugang von Menschen mit Einwanderungsgeschichte zu Gesundheits- und Pflegeleistungen zu verbessern, braucht es eine stärkere Vernetzung aller Akteure. Hierzu sind auch Anstrengungen der Migrantenselbstorganisationen erforderlich. Anlässlich des 8. Integrationsgipfels Ende 2015 zum Thema „Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft“ haben diese angeboten, die ihnen im Koalitionsvertrag zugeschriebene Brückenfunktion wahrzunehmen und zum Abbau von Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung beizutragen. Sie verpflichteten sich dort, „Gesundheitspolitik und -versorgung […] durch erfolgreiche Praxisbeispiele und Lösungskonzepte zu unterstützen, Ressourcen der Migranten einzubringen sowie die Teilhabe sicherzustellen“.

Um die interkulturelle Öffnung von Einrichtungen der Altenhilfe sowie Teilhabe von älteren Frauen und Männern mit Einwanderungsbiografie weiter zu befördern, wurde im Rahmen des seit 2012 laufenden Bundesprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ der Aufbau und die Weiterentwicklung lokaler Netzwerke zur Unterstützung von an Demenz erkrankten Menschen und deren Angehörigen gefördert. Einige Projekte befassen sich schwerpunktmäßig mit dem Thema Migration und Demenz. Neben kultursensibler Begleitung, dem Ausbau kultursensibler Versorgungs- und Pflegeangebote sowie der Förderung interkultureller Kompetenzen geht es auch um die Vernetzung mit anderen lokalen Angeboten und die Qualifizierung bürgerschaftlich Engagierter im Bereich Seniorenarbeit und Pflege.

Wichtige und weiterführende Ansätze gerade im gesundheits- und pflegepolitischen Bereich haben zwei Projekte geliefert, die sich mit der Verbesserung der Situation von an Demenz erkrankten Migrantinnen und Migranten und von gehörlosen älteren Menschen mit Demenz befasst haben. NASCH DOM (www.naschdom.de) in Trägerschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. hat in Kooperation mit Migrantenselbsthilfeverbänden Schulungsmodule für Multiplikatoren erprobt und so dafür gesorgt, dass Wissen um Demenz, Hilfemöglichkeiten und gesetzliche Ansprüche an Migrantenorganisationen vermittelt werden und in die Fläche, in Landkreise und Kommunen gelangen konnte. Die Erfahrungen aus diesem für russischsprachige Migrantinnen

und Migranten konzipierten Projekt sollen in einem nächsten Schritt auch für andere Migrantengruppen nutzbar gemacht werden.

Der GKV-Spitzenverband fördert im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Absatz 3 SGB XI seit 2015 in Berlin das Projekt „Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege“. Das Projekt soll die Integration von eingewanderten Menschen mit Pflegebedarf in das bestehende Pflegeversicherungssystem verbessern, so dass diese die Pflegeberatungen der Pflegekassen und Pflegestützpunkte aufsuchen, Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen und dadurch ihre häusliche Pflegesituation stabilisieren können. Darüber hinaus sollen Menschen mit Migrationsgeschichte für eine Qualifikation und Berufstätigkeit im Pflegebereich oder für die Übernahme eines ehrenamtlichen oder niedrigschwelligen Engagements interessiert und motiviert werden.

Im Aktionsprogramm „Mehrgenerationenhäuser II“ gehört der Themenbereich „Integration und Bildung“ zu den Schwerpunkten der Arbeit. Mit diesem Programm fördert die Bundesregierung seit Anfang 2012 rund 450 Mehrgenerationenhäuser in nahezu jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt in Deutschland. In einer Befragung der Nutzerinnen und Nutzer aus dem Jahr 2015 gaben insgesamt 21 Prozent der Befragten an, dass sie einen Migrationshintergrund haben. In der Altersspanne 51 plus waren dies 14 Prozent. Das zeigt, dass es den Mehrgenerationenhäusern gut gelingt, Menschen mit Migrationshintergrund durch die Angebote zu erreichen.

5. Regionale Disparitäten und die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland

Die Bundesregierung würdigt, dass im Siebten Altenbericht die unterschiedlichen Entwicklungen der Lebensverhältnisse in den Kommunen ausführlich dargestellt werden. Danach leiten sich die wesentlichen Unterschiede sowohl aus der demografischen Entwicklung als auch aus den sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ab. Es wird deutlich, dass die Ausrichtung der freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben, zu denen die Altenhilfe gehört, wesentlich von der Haushaltslage der Kommunen abhängt.

Da sich die regionalen Voraussetzungen auf die individuelle Lebenssituationen älterer Menschen auswirken, ist es auch seniorenpolitisch bedeutsam, dass ländliche Räume mit erheblicher Strukturschwäche und deutlich unterdurchschnittlicher Wirtschaftskraft stärker unterstützt werden. Wichtig ist, regionalspezifische Stärken zu aktivieren und weiterzuentwickeln. Eine Vernetzung von Regionen – etwa durch interkommunale Zusammenarbeit – leistet einen Beitrag zur Stabilisierung von Teilräumen. Vorhandene Entwicklungskerne, insbesondere in zentralen Orten, können z. B. zu Ankerpunkten ausgebaut werden. Hierbei kann räumliche Planung aufgrund ihrer Querschnittsorientierung und Erfahrungen in der Zusammenführung verschiedener Rauminteressen im Rahmen der planerischen Abwägung hilfreich sein. Von daher unterstützt die Bundesregierung die Empfehlung der Sachverständigenkommission, die Datenbasis für kleinere räumliche Einheiten zu verbessern. Dabei ist darauf zu achten, dass die jeweilige Datenbasis ausreichend groß ist, um geschlechtsspezifische Analysen möglich zu machen.

Des Weiteren erfordert der demografische Wandel mit den sich verändernden Altersstrukturen die Initiierung von Dialogprozessen zur Anpassung der Infrastrukturen. Insofern vermittelt der Bericht der Kommission einen sehr guten und breiten Überblick über die aktuelle Lage der älteren Generation und die bestehenden Herausforderungen.

Neben dem Ausbau von interkommunaler und interinstitutioneller Kooperation ist auch die Partizipation von älteren Menschen an Planungsprozessen stärker zu berücksichtigen. Dabei sollen Anstöße gegeben werden, dass die Optionen der Partizipation sowohl von Männern als auch von Frauen genutzt werden.

Mit der Weiterentwicklung der Bund-Länder-Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes“ (GAK) wird es künftig möglich sein, ländliche Regionen, in denen besondere Anstrengungen zur Sicherung der Daseinsvorsorge erforderlich sind, durch neue Maßnahmen wie die Umnutzung dörflicher Bausubstanz, Investitionen in Basisdienstleistungen oder die Förderung von Kleinstbetrieben der Grundversorgung besser zu unterstützen als bisher. Diese Maßnahmen können einen Beitrag zur Verbesserung des Wohnumfelds und der Lebensqualität auch der älteren Bevölkerung in ländlichen Räumen leisten.

Das Bundesprogramm „Ländliche Entwicklung“ (BULE) dient der Erprobung innovativer Ansätze in der ländlichen Entwicklung in den Jahren 2015 bis zunächst 2019, beispielsweise bei sozialer Dorfentwicklung, Regionalität und Mehrfunktionshäusern. Es soll dazu beitragen, durch Unterstützung bedeutsamer Vorhaben und Initiativen – deren Erkenntnisse bundesweit genutzt werden können – die ländlichen Regionen als attraktive Lebensräume zu erhalten. Im Bundesprogramm werden mehrere Modell- und Demonstrationsvorhaben zur ländlichen

Entwicklung, Wettbewerbe sowie themenspezifische Kommunikationsmaßnahmen und Informationsangebote gebündelt. Ziel ist, innovative, zukunftsweisende Konzepte und Lösungsansätze für unterschiedlichste Herausforderungen in den ländlichen Räumen, wie zum Beispiel der Umgang mit Leerstand oder die Versorgung mit Lebensmitteln und Gütern des täglichen Bedarfs, auf ihre Praxistauglichkeit hin zu überprüfen und bundesweit bekannt zu machen.

Ein wichtiger Baustein des BULE ist das Modellvorhaben „Land(auf)Schwung“. Es bietet den Regionen ein Experimentierfeld zur Erprobung neuer Lösungswege. Sowohl die Form der Gebietsabgrenzung als auch die Wahl des thematischen Schwerpunkts sowie die Zusammensetzung der Akteure bleiben weitestgehend den Regionen überlassen. Es setzt besondere Impulse zur Stärkung der regionalen Wertschöpfung und zur Sicherung der Daseinsvorsorge. Ein Schwerpunkt liegt dabei insbesondere auf interkommunaler und interregionaler Zusammenarbeit.

Der Bundeswettbewerb „Unser Dorf hat Zukunft“ ist mit ca. 2.500 teilnehmenden Dörfern die größte bürgerschaftliche Bewegung in Deutschland und verbindet generationenübergreifend gesellschaftlichen Zusammenhalt und nachhaltige Dorfentwicklung. Dazu entwickeln Bürger ihre eigenen Ideen und Konzepte, realisieren regionale Gemeinschaftsprojekte und bringen so einen Stein für eine lebenswerte Zukunft ins Rollen. 2016 fand der Bundeswettbewerb mit Unterstützung zahlreicher Organisationen und Verbände bereits zum 25. Mal statt. Interessierte Menschen, engagierte Dorfgruppen und Vereine wirken mit bei der Gestaltung der wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und ökologischen Entwicklung ihrer Heimat.

Die Bundesregierung teilt darüber hinaus die Auffassung der Kommission, eine gute technische Infrastruktur sicherzustellen. Sie ist eine der zentralen Voraussetzungen für Teilhabe und Selbständigkeit. Die Digitalisierung betrifft alle Bereiche unserer Gesellschaft und Wirtschaft. Mehr und mehr Dinge des Alltags wie Einkäufe, Bankaufträge und Gesundheitsdienstleistungen werden online abgewickelt. Der digitale Wandel macht dabei keinen Unterschied zwischen urbanen Zentren und ländlich geprägten Regionen. Ältere Menschen sind von dieser rasanten Entwicklung besonders betroffen, weil sie nicht wie die jüngeren bereits mit digitaler Technik aufgewachsen sind. Der Gefahr, hier von wichtigen Teilhabemöglichkeiten ausgeschlossen zu werden, muss stärker begegnet werden. Dies gilt insbesondere deshalb, weil gerade in ihrer Mobilität eingeschränkte ältere Menschen überproportional von den vielen digitalen Erleichterungen profitieren können.

Die entscheidende Voraussetzung für die Teilhabe an der Digitalisierung ist ein hochleistungsfähiger Breitbandanschluss. Schon heute können rund 70 Prozent der Haushalte in Deutschland Bandbreiten von 50 Mbit/s und mehr nutzen. In den ländlichen Regionen gibt es bei der Versorgung vereinzelt noch weiße Flecke. Hier sind große Anstrengungen erforderlich, um Chancen- und Innovationsgerechtigkeit zu gewährleisten. Seit 2008 fördert die Bundesregierung den Breitbandausbau im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes“ (GAK). Dank dieser Maßnahme konnte die Grundversorgung mit digitaler Infrastruktur in ländlichen Räumen deutlich verbessert werden. Das Ende 2015 gestartete Förderprogramm der Bundesregierung wird dem Breitbandausbau in Deutschland einen weiteren dynamischen Schub verleihen. Die Erreichung des Breitbandziels der Bundesregierung (bis 2018 flächendeckend mindestens 50 Mbit/s) ist eine wesentliche Voraussetzung für eine umfassende Teilhabe aller Bevölkerungsgruppen an den Chancen der Digitalisierung.

6. Gesundheitliche Versorgung

Die Bundesregierung ist sich der wichtigen Rolle der Kommunen in der gesundheitlichen Versorgung bewusst. Das gilt sowohl für die stationäre wie auch die ambulante Versorgung der Bürgerinnen und Bürger.

Ambulante Versorgung

Im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung hat der Gesetzgeber den Kommunen mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) die Möglichkeit eingeräumt, – unter Berücksichtigung der bedarfsplanungsrechtlichen Vorgaben – medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen. Die Kommunen können somit nun aktiv die Versorgung in der Region beeinflussen und verbessern Sie verfügen auch über die geforderte Kompetenz, ein Versorgungsangebot aufzubauen und weiterzuentwickeln. Standort-marketing und innovative Strategien der Kommunen, um Haus- und Fachärzte für ihre Regionen zu gewinnen, können daneben einen wichtigen Beitrag für das regionale Versorgungsangebot leisten.

Mit dem GKV-VSG wurde auch die Forderung einer stärkeren Berücksichtigung örtlicher Besonderheiten durch kleinere Planungsgebiete aufgegriffen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde beauftragt, die Bedarfsplanungsrichtlinie zu überprüfen und ggfs. anzupassen, um dem tatsächlichen Versorgungsbedarf, insbesondere auch unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung sowie von Sozial- und Morbiditätsstrukturen, noch besser gerecht zu werden und dabei unter anderem auch eine wohnortnahe Versorgung mittels kleinräumiger Planung zu fördern.

Die Sachverständigenkommission fordert Anreizsysteme für junge Ärztinnen und Ärzte, damit sich diese in strukturschwachen Gebieten niederlassen. Der Gesetzgeber hat bereits mit dem überwiegend am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und mit dem überwiegend am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-VSG die Voraussetzungen geschaffen, um eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung auch in Zukunft sicherstellen zu können. Es ist nun die Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung von Vertrags(-zahn)ärzten und Krankenkassen sowie weiterer Beteiligter – z. B. auch der Kommunen –, die vorgesehenen Maßnahmen wie Bildung eines Strukturfonds, Überprüfung und Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, Aufhebung der Residenzpflicht, Erweiterung der Rahmenbedingungen zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren, Förderung von Praxisnetzen, Niederlassungsförderung, Vergütungszuschläge, Aufhebung der Mengenbegrenzung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten umzusetzen.

Die Bundesregierung erarbeitet darüber hinaus derzeit gemeinsam mit den Ländern einen „Masterplan Medizinstudium 2020“. Ein wichtiger Aspekt ist dabei, wie bereits durch die Zulassung zum Medizinstudium ebenso wie im Medizinstudium selbst Anreize für eine spätere ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum gesetzt werden können.

Stationäre Versorgung

Die stationäre medizinische Versorgung der Bevölkerung ist eine Aufgabe in gemeinsamer Verantwortung von Bund, Ländern und Kommunen. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären Versorgung der Bevölkerung obliegt im Rahmen der Krankenhausplanung grundsätzlich den Ländern. Diese haben die Versorgungsangebote im stationären Bereich unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Versorgungsbedarfs und des demografischen Wandels in den einzelnen Regionen angemessen weiterzuentwickeln.

Zum Ausgleich unterschiedlicher Wirtschaftskraft im Bundesgebiet unterstützt der Bund auf Grundlage des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes (KInvFG) finanzschwache Kommunen in den Flächenländern und strukturschwache Ortsteile in den Stadtstaaten mit einem Investitionsprogramm. Hierzu gewährt das Sondervermögen „Kommunalinvestitionsförderungsfonds“ den Ländern Finanzhilfen trägerneutral in Höhe von insgesamt 3,5 Milliarden Euro. Mit Blick auf den Adressatenkreis der Förderung beteiligt sich der Bund mit einer Förderquote von bis zu 90 Prozent am förderfähigen öffentlichen Finanzierungsanteil. Die Länder stellen sicher, dass der Eigenfinanzierungsanteil von mindestens 10 Prozent der öffentlichen Investitionssumme von den finanzschwachen Kommunen auch tatsächlich erbracht werden kann.

Den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen im Rahmen von stationären Aufenthalten trägt die aktuelle Reformgesetzgebung des Bundes zusätzlich durch verschiedene Maßnahmen zur Stärkung und besseren Finanzierung der pflegerischen Betreuung Rechnung. Zudem hat der Bundesgesetzgeber eine Reihe von strukturellen Maßnahmen ergriffen, die dazu beitragen, eine hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung der Menschen in ländlichen Regionen aufrechtzuerhalten.

Im stationären Bereich sind mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das in weiten Teilen am 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, die Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen ausgebaut worden. So wurden z. B. die Regelungen über die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im KHSG weiter präzisiert. Zudem werden Krankenhäuser mit einem hohen Umfang an vorgehaltenen Notfallstrukturen durch das KHSG besser gestellt als Krankenhäuser, die nicht oder nur in geringem Umfang an der Notfallversorgung teilnehmen. Gerade Krankenhäuser in ländlichen Räumen, die umfassende Notfallstrukturen vorhalten und auf diese Weise zu einer flächendeckenden Notfallversorgung auf dem Land beitragen, werden davon profitieren.

Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird zudem ein Strukturfonds eingerichtet, in dem einmalig Mittel bis zu einer Höhe von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden. Die Projekte werden nur finanziert, wenn die Länder den gleichen Beitrag leisten. Dadurch wird insgesamt ein Volumen von bis zu einer Milliarde Euro für Umstrukturierungsmaßnahmen im stationären Bereich zur

Verfügung gestellt. Der Fonds hat den Zweck, zur Verbesserung der Versorgungsstruktur, insbesondere zum Abbau von Überkapazitäten, zur Konzentration von stationären Versorgungsangeboten sowie zur Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren und stationäre Hospize) beizutragen. So kann mit den Mitteln des Strukturfonds – etwa durch regionale oder überregionale Abstimmung des Versorgungsangebots – eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt und durch entsprechende Bündelung von Patienten die Erbringung höher spezialisierter Leistungen auch in ländlichen Regionen gewährleistet werden.

Damit verzahnt sind die Maßnahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes. Ziel ist der Auf- und Ausbau eines möglichst flächendeckenden Versorgungsangebots. Dazu gehört auch ein verstärkter Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in ländlichen Räumen.

Digitale Entwicklung in der Gesundheitsversorgung

Die Bundesregierung setzt einen Schwerpunkt auf die Nutzung der Chancen der Digitalisierung für die Gesundheitsversorgung. Der Großteil der Vorschriften des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze ist am 29. Dezember 2015 in Kraft getreten. Ziel des Gesetzes ist es, die Chancen des Einsatzes moderner Informations- und Kommunikationstechnologien für eine bessere medizinische Versorgung stärker zu nutzen und so schnell wie möglich die Voraussetzungen für digitale Anwendungen zu schaffen, von denen Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer profitieren. Hierfür ist der Aufbau einer IT-Infrastruktur notwendig, die Praxen und Krankenhäuser so sicher miteinander verbindet, dass sie besser und schneller kommunizieren und auf wichtige Gesundheitsdaten ihrer Patienten, z. B. über Vorerkrankungen, zugreifen können.

2014 hat die Bundesregierung darüber hinaus die Initiative „Pflegeinnovationen 2020“ ins Leben gerufen. Hier werden die Potenziale der Digitalisierung für die Sicherstellung einer qualitätsvollen und bedarfsgerechten Pflege aufgegriffen. Im Rahmen von drei Förderschwerpunkten (Pflegeinnovationen für Menschen mit Demenz, Pflegeinnovationen zur Unterstützung von Pflegenden, Innovationen für die Intensiv- und Palliativpflege) werden Lösungen der Mensch-Technik-Interaktion erforscht und umgesetzt, um den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in der Pflege wirksam und nachhaltig zu begegnen.

Medizinische Aus- und Weiterbildung

Die Bundesregierung erkennt an, dass es in der gesundheitlichen Versorgung alter Menschen unterschiedliche Versorgungsbedarfe und Versorgungsbedürfnisse gibt. In der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte können hierzu wichtige Weichenstellungen erfolgen. Soweit die Bundesregierung zuständig ist, hat sie dies entsprechend in Ausbildungszielen, die in der Approbationsordnung für Ärzte niedergelegt wurden, verankert.

Zutreffend ist die Feststellung der Kommission, dass bisher spezifische Kenntnisse über die Besonderheiten bei der Behandlung älterer Menschen mit häufiger Multimorbidität in Verbindung mit weiteren alters- und genderspezifischen Besonderheiten bei Diagnostik und Therapie noch unzureichend berücksichtigt werden.

Medizinische Leitlinien werden in der Regel von medizinischen Fachgesellschaften in einem strukturierten Verfahren auf Basis vorhandener wissenschaftlicher Expertise erarbeitet. Auch Patienteninteressen werden in die Leitlinienentwicklung einbezogen, z. B. über das Patientenforum, einen informellen Zusammenschluss von Organisationen der Ärzteschaft und der Selbsthilfe. Auch am Programm für Nationale Versorgungsleitlinien, das federführend vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) betreut wird, arbeiten Patientenorganisationen mit. Da aber sowohl alte als auch sehr junge Patientinnen und Patienten genauso wie genderspezifische Aspekte häufig in entsprechenden wissenschaftlichen Studien unberücksichtigt bleiben, liegen für die Leitlinien oft keine den Erfordernissen dieser Patientengruppen entsprechenden Erkenntnisse vor. Die spezifische Situation älterer Patientinnen und Patienten müsste also bereits bei der Durchführung wissenschaftlicher Studien noch stärker in den Blick genommen werden.

Ob jeweils spezifische geriatrische Expertise in der Behandlung unmittelbar hinzugezogen werden muss oder ob nicht vielmehr eine solche Kompetenz auch von den behandelnden Allgemeinmedizinern und (hausärztlichen) Internisten erwartet werden müsste, bleibt zu diskutieren. Spezifische Fort- und Weiterbildungen können helfen, ein solches Wissen zu verbreiten. Unstrittig ist jedoch die Notwendigkeit, die individuellen Patientenbedürfnisse

gerade auch älterer und sehr alter Menschen bei der Behandlung zu berücksichtigen. Mit dem am 26. Februar 2013 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten wurden entsprechende Regelungen für den Behandlungsvertrag gesetzlich verankert. Beispielsweise wurde festgelegt, dass die Aufklärung für Patientinnen und Patienten verständlich sein muss. Darüber hinaus gibt es von der Bundesregierung unterstützte Initiativen einer sog. partizipativen Entscheidungsfindung.

Herausforderung Demenz

Die Versorgung von Menschen mit Demenz hat auch aus Sicht der Bundesregierung einen hohen Stellenwert. Qualität und Standard der Versorgung werden ständig verbessert. Die ärztliche Behandlung orientiert sich an der S3-Leitlinie Demenzen, die die Standards der wissenschaftlichen und klinischen Fachgesellschaften festschreibt. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen sowie auf psychosozialen Interventionen und nicht pharmakologischen Therapieverfahren. Auf der Basis dieser von Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Patientenvereinigungen entwickelten Leitlinie wird derzeit in Zusammenarbeit mit allen relevanten Fachgesellschaften eine Nationale Versorgungsleitlinie Demenz erarbeitet.

Das bundesweite Modellprogramm der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz konzentriert sich auf das Lebensumfeld betroffener Familien mit dem Ziel, den Sozialraum im Quartier den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz anzupassen, damit sie möglichst lange trotz Demenz in ihren sozialen Bezügen aktiv bleiben können. Angestrebt werden bis zu 500 Standorte auf kommunaler Ebene in allen Regionen Deutschlands, die sich unterschiedlichen Maßnahmen widmen sollen. Die Bandbreite reicht von Präventionsangeboten, wie Wandergruppen, bis zur speziellen Vernetzung von Haus- und Fachärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Ernährungsberatern. Alle Maßnahmen im Bundesmodellprogramm sind nicht zuletzt auch Vorbereitungsschritte zur Entwicklung einer Nationalen Demenzstrategie.

Prävention und Gesundheitsförderung

Die Bundesregierung teilt die Auffassung der Sachverständigenkommission, dass Prävention und Gesundheitsförderung im Alter eine hohe Bedeutung zukommt und viele präventive Maßnahmen auch und gerade im hohen Alter noch wirksam sind. In diesem Zusammenhang betont die Bundesregierung den Dreiklang „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege". Prävention muss sich – wie von der Kommission zu Recht ausgeführt – sowohl auf Verhalten als auch Verhältnisse beziehen. Mit dem Präventionsgesetz wurden Prävention und Gesundheitsförderung auch für ältere Menschen und in den Lebenswelten älterer Menschen gestärkt. Mit dem Ersten und Zweiten Pflegestärkungsgesetz sind Regelungen zur Ausweitung der Rehabilitation Pflegebedürftiger durch eine Verbesserung ihres Zugangs zu medizinischen Rehabilitationsleistungen getroffen worden. Diese Maßnahmen müssen von der Selbstverwaltung jetzt umgesetzt werden.

Mit den Regelungen im Präventionsgesetz wird es in Deutschland erstmals eine nationale Präventionsstrategie und ein konzertiertes Vorgehen geben, an deren Abstimmung alle Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt sind. Dadurch werden Ressourcen gebündelt und Aktivitäten in die und in den Lebenswelten gesteuert. Die Sozialversicherungsträger, also die gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, die soziale Pflegeversicherung sowie der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen e. V. bilden gemeinsam eine Nationale Präventionskonferenz und werden vom Bund, den Ländern, den Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit sowie Vertretungen von Arbeitgebern, Gewerkschaften und Zivilgesellschaft beraten. Aufgabe der Nationalen Präventionskonferenz ist es, bundeseinheitliche trägerübergreifende Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zu vereinbaren und fortzuschreiben. Dabei stehen insbesondere die Definition gemeinsamer Ziele bzw. die Identifizierung vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen sowie der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen im Vordergrund. Auf dieser Grundlage werden in den Ländern Landesrahmenvereinbarungen geschlossen, die die konkrete Gestaltung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse und Besonderheiten in den Ländern und Kommunen ermöglichen sollen. Darüber hinaus legt die Nationale Präventionskonferenz alle vier Jahre, erstmals 2019, einen trägerübergreifenden Präventionsbericht vor.

Vor dem Hintergrund der großen Bedeutung des kommunalen Umfelds für ältere Menschen sieht die Bundesregierung in Übereinstimmung mit der Sachverständigenkommission die kommunale Gesundheitsförderung als einen wichtigen Zugang zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen und zur besseren Nutzung präventiver

Potenziale. Das Programm „Gesundes Alter“ ist ein Schwerpunkt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Mit Gesundheitsinformationen im Internet (www.gesund-aktiv-aelter-werden.de; www.aelter-werden-in-balance.de), Printmedien, Kongressen, Tagungen, vielfältigen Kooperationen und Expertisen trägt sie dazu bei, die Gesundheit älterer Menschen zu fördern. Einer der Schwerpunkte liegt im Bereich der Förderung von Mobilität und Bewegung in den Lebenswelten.

Die wichtige Rolle der Kommunen für die Prävention und Gesundheitsförderung älterer Menschen findet des Weiteren Berücksichtigung in der von der Sachverständigenkommission zitierten repräsentativen Befragung der Kommunen und Landkreise, die das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) 2006 im Auftrag der BZgA durchgeführt hat (Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze 2007). Die Befragung wurde 2015 wiederholt und wird 2016 veröffentlicht.

Der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“ unterstützt und begleitet Kommunen im Auf- und Ausbau von integrierten kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung, sogenannter „Präventionsketten“. Seit November 2015 ist der kommunale Partnerprozess, der sich zuvor auf das gesunde Aufwachsen von Kindern konzentriert hatte, auf alle Altersgruppen und damit auch auf die Lebensspanne Alter ausgeweitet. Initiiert durch die BZgA wird der Partnerprozess im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ und in Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden und dem Gesunde Städte-Netzwerk (GSN) durchgeführt.

Zur Prävention und Gesundheitsförderung zählen auch eine gesunde und ausgewogene Ernährung sowie ausreichende Bewegung. Diese Aspekte tragen auch im Alter zu einem langen Erhalt von Lebensqualität sowie zur Vermeidung von Krankheiten bei. Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans der Bundesregierung zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ werden deshalb verschiedene Maßnahmen und Projekte für Seniorinnen und Senioren gefördert.

Die Initiative „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben“ optimiert die Verpflegung älterer Menschen sowie das Wissen von Fachkräften, Multiplikatoren und älteren Menschen hinsichtlich einer ausgewogenen Ernährung und seniorengerechten Bewegung. Der IN FORM Senioren-Ratgeber „66 Tipps für ein genussvolles und aktives Leben mit 66+“ soll älteren Menschen Spaß an gesundem Essen und regelmäßiger Bewegung vermitteln.

Mit dem Projekt der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen „Im Alter IN FORM – Potenziale in Kommunen aktivieren“ soll die Gesundheitsförderung der älteren Menschen verbessert werden. Hierbei stehen nicht nur gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung im Vordergrund, sondern auch die soziale Teilhabe, die insbesondere mit dem Projekt „IN FORM-Mittagstisch für ältere Menschen“ erreicht werden soll.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. unterstützt durch die Verbreitung der Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen sowie für Essen auf Rädern und der Möglichkeit der Zertifizierung für Einrichtungen, Hersteller und Anbieter eine gesundheitsförderliche Ernährung älterer Menschen.

Grundsätzlich wird die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Abstimmung auf die besonderen und genderspezifischen Bedürfnisse älterer und hochaltriger Menschen notwendig sein. Selbsthilfeorganisationen wie z. B. regionale Alzheimer Gesellschaften können diese Beteiligung sicherstellen. Ein vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderter Leitfaden zur Gründung und Gestaltung von Gruppen von Menschen mit beginnender Demenz will diese Entwicklung unterstützen. Geriatrisches und gerontopsychiatrische Kompetenzen sollten ebenso selbstverständlich in Versorgungsnetzen verankert sein wie palliative. Das Hospiz- und Palliativgesetz bietet eine gute Grundlage, auf der eine Handreichung für Kommunen in Regie des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. entstehen soll. Ziel der Handreichung ist es, Herausforderungen an die Hospiz- und Palliativversorgung aufzuzeigen und Anregungen für deren Umsetzung vor Ort zu geben. Hospizliche und palliative Strukturen sollen ausdifferenziert weiterentwickelt und die Angebote der Akteure miteinander vernetzt werden.

7. Sorge und Pflege

Die meisten der auf Pflege angewiesenen Menschen in Deutschland werden heute in privaten Haushalten versorgt (71 Prozent) und überwiegend durch weibliche Angehörige betreut. Die Sorgeleistungen innerhalb der Familien verdienen höchste Anerkennung. Die Sachverständigenkommission weist hier zutreffend darauf hin, dass familiäre Pflege – insbesondere im Zuge der weiter steigenden Frauenerwerbstätigkeit und wachsender Anforderungen

an die berufliche Mobilität – ohne die Verbesserung entsprechender Unterstützungsangebote zukünftig nicht in gleicher Weise aufrecht erhalten werden kann.

Die Bundesregierung wird den von der Sachverständigenkommission thematisierten Anforderungen an die Qualität von Pflege und Sorge in hohem Maße gerecht. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (in Kraft ab 1. Januar 2017) wird die Pflegeversicherung auf eine neue Grundlage gestellt. Ziel ist eine bessere Berücksichtigung der individuellen Situation von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und ein Abbau von Unterschieden im Umgang mit körperlichen und geistigen Einschränkungen. Im Zentrum stehen die persönlichen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten und auch die rehabilitativen Potentiale jeder oder jedes Einzelnen. Auf der Grundlage des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit wird auch die pflegerische Versorgung in ihrer Aufgabe der Stärkung der Selbständigkeit und Fähigkeiten eines Menschen in allen relevanten Lebensbereichen unterstützt.

Denn aus Sicht der Bundesregierung haben Pflegebedürftige Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Pflege. Qualitätssicherung ist daher für alle Beteiligten eine Daueraufgabe und stellt immer eine Herausforderung dar. Im Pflegeversicherungsrecht sind die Rahmenbedingungen dafür geschaffen, dass die Qualität der von den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Pflegeleistungen erhalten und verbessert wird, das Qualitätswissen und das interne Qualitätsmanagement gestärkt werden und für alle Beteiligten eine größere Transparenz der Ergebnisse hergestellt wird. Wie etwa der 4. MDS-Pflegequalitätsbericht von 2015 zeigt, lassen sich eine insgesamt positive Entwicklung in der Pflegequalität und zum Teil deutliche Verbesserungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich feststellen. Gleichwohl sind weiter große Anstrengungen für eine hohe Pflegequalität notwendig; hierfür hat die Bundesregierung zuletzt mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz die Voraussetzungen geschaffen.

Vereinbarkeit von Sorge-, Pflege- und Erwerbsarbeit

Die Bundesregierung teilt die Auffassung der Kommission, dass eine zukunftsorientierte Pflegepolitik auf eine bessere Vereinbarkeit von Sorge- und Erwerbsarbeit für Frauen und Männer sowie attraktive Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen und sozialen Berufen abzielen sollte.

Die Rahmenbedingungen für eine partnerschaftliche Vereinbarkeit von Familie und Beruf hat die Bundesregierung durch eine Reihe von Maßnahmen verbessert. Hierzu zählen neben Investitionen in die öffentliche Betreuungsinfrastruktur, die bereits zuvor angesprochenen finanziellen Leistungen (Elterngeld, Elterngeld Plus) sowie die Förderung neuer Arbeitszeitarrangements (Elternzeit).

Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf wurden durch die Weiterentwicklung und Verzahnung von Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz wesentliche Verbesserungen und mehr Flexibilität bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf vorgenommen. So wurde für die bis zu zehn Arbeitstage dauernde kurzzeitige Arbeitsverhinderung ein Pflegeunterstützungsgeld eingeführt, das aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert wird. Auf die Familienpflegezeit besteht seit 1. Januar 2015 ein Rechtsanspruch und der Lohnausfall während der Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz kann durch ein zinsloses Darlehen während der Freistellungen abgefedert werden. Die genannten Regelungen können von mehreren pflegenden Angehörigen zeitgleich oder nacheinander in Anspruch genommen werden. Eine partnerschaftliche Aufteilung der Pflegearbeit, aber auch die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, werden so gefördert. Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für Beamtinnen und Beamte des Bundes und Soldatinnen und Soldaten sowie zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften werden die Regelungen im Wesentlichen wirkungsgleich im Beamten- und Soldatenbereich nachvollzogen.

Durch den mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz ab 1. Januar 2017 verbesserten Versicherungsschutz für Pflegepersonen in der Arbeitslosenversicherung werden Übergänge zwischen Erwerbstätigkeit und Pflege bzw. die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf besser abgesichert. Die Betroffenen haben damit für den Fall, dass im Anschluss an eine Pflegetätigkeit eine nahtlose Eingliederung in eine Beschäftigung nicht gelingt, Anspruch auf Arbeitslosengeld und Zugang zu allen Leistungen der aktiven Arbeitsförderung. Die Pflegetätigkeit wird aktuell noch zumeist von Frauen wahrgenommen. Die Erweiterung des Versicherungsschutzes leistet damit auch einen Beitrag zur Förderung der Erwerbstätigkeit von Frauen.

Personal in der Pflege

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung der Kommission, dass der Bedarf an qualifizierten Beschäftigten in den Pflegeberufen weiter steigen wird. Ziel der Bundesregierung ist daher, die Pflegeberufe weiterzuentwickeln, inhaltliche Qualitätsverbesserungen vorzunehmen und die Attraktivität des Beschäftigungsfeldes zu steigern. Die Bundesregierung setzt sich für eine zukunftsorientierte Pflegeausbildung und für die Sicherung der Fachkräftebasis in allen pflegerischen Bereichen ein, damit auch zukünftig die Ansprüche und Bedarfe an eine qualitativ gute pflegerische Versorgung in allen Altersgruppen und in allen Versorgungsstrukturen sichergestellt werden.

Dazu wird gegenwärtig die grundlegende Reform der Pflegeausbildung vorbereitet. Die bisher nach fachlichen Schwerpunkten getrennt geregelten Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sollen in einem Pflegeberufsgesetz zu einer neuen generalistischen Pflegeausbildung mit einem Berufsabschluss und im Zeugnis ausgewiesenem Vertiefungseinsatz zusammengeführt werden. Die neue Ausbildung bereitet auf einen Einsatz in allen Arbeitsfeldern der Pflege vor, erleichtert einen Wechsel zwischen den einzelnen Pflegebereichen und eröffnet zusätzliche Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten. Ergänzend zur beruflichen Ausbildung ist die Einführung einer hochschulischen Pflegeausbildung vorgesehen, die zum einen zur Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität beiträgt und zum anderen neue Zielgruppen für den Pflegeberuf anspricht.

Durch die vorgesehene angemessene Ausbildungsvergütung und Schulgeldfreiheit für die Auszubildenden wird ein Beitrag zur Attraktivitätssteigerung geleistet. Dies ist zugleich ein wichtiges Signal für die Aufwertung des Pflegeberufs. Die Reform dient nicht zuletzt auch dem Ziel, mehr Lohngerechtigkeit im Pflegeberuf, der in erster Linie von Frauen ausgeübt wird, zu schaffen. In diesem Zusammenhang verfolgt die Bundesregierung auch das Anliegen, eine Aufwertung der sozialen Berufe insgesamt zu erreichen.

Das Gesetzgebungsverfahren zur Reform der Pflegeausbildung hat 2015 begonnen und soll 2016 abgeschlossen werden.

Die von den Sachverständigen vorgenommene Analyse der Geschlechtersegregation in der Pflege wird begrüßt. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend setzt sich seit langem für ein Aufbrechen von Geschlechterstereotypen und eine geschlechterbewusste Berufs- und Studienwahlbegleitung ein. So findet z. B. seit 2011 jährlich der bundesweite, vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte „Boys'Day – Jungen-Zukunftstag“ statt. Im Mittelpunkt stehen stärkenorientierte Angebote für Schüler der 5. bis 10. Klasse zur klischeefreien Berufs- und Lebensplanung. Dazu gehören auch Schnupperpraktika im Pflege- und Gesundheitsbereich, wo Männer noch immer deutlich unterrepräsentiert sind. Die Evaluation 2015 zeigte: 25 Prozent der Teilnehmer konnten sich vorstellen, in diesem Bereich später zu arbeiten.

Auch die verstärkte Förderung von Altenpflegeumschulungen bei lebens- und berufserfahrenen Menschen durch die Arbeitsagenturen bzw. Jobcenter leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherung des Fachkräftebedarfs in der Altenpflege. Die befristete Wiedereinführung der dreijährigen Vollfinanzierung von Altenpflegeumschulungen durch Arbeitsagenturen und Jobcenter für Eintritte bis zum 31. März 2016 war eine wesentliche Zielvereinbarung der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege von Bund, Ländern und Verbänden. Im Laufe der Initiative haben sich die Umschulungsförderungen von 3.950 in 2012 auf 7.200 im Jahr 2014 und rund 6.400 im Jahr 2015 deutlich erhöht. Um weiterhin Eintritte in Altenpflegeumschulungen auf hohem Niveau bis zum voraussichtlichen Beginn der neuen generalistischen Pflegeausbildung Anfang 2018 auf Grundlage des geplanten Pflegeberufsgesetzes zu gewährleisten, ist die Sonderregelung nochmals bis zum 31. Dezember 2017 verlängert worden. Neben der Förderung von arbeitslosen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern unterstützt die Bundesagentur für Arbeit auch die berufsbegleitende Nachqualifizierung von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zu Altenpflegefachkräften.

Im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode haben sich die Regierungsparteien darauf verständigt, gemeinsam mit den Tarifpartnern als Beitrag zur Schließung der Lohnlücke die Feststellung des Wertes von Berufsfeldern, von Arbeitsbewertungen und die Bewertung von Fähigkeiten, Kompetenzen und Erfahrungen voranzubringen. Ziel soll dabei sein, unter anderem die Tätigkeit im Bereich der sozialen Arbeit weiter aufzuwerten. Die Berufe der Sozialen Arbeit, Gesundheit und Pflege, Erziehung und Bildung (SAGE-Berufe) haben aktuell einen Arbeitsmarktanteil von knapp 18 Prozent. 84 Prozent der hier Beschäftigten sind weiblich. Für gut 30 SAGE-Berufe findet die Ausbildung ausschließlich im vollzeitschulischen Berufsbildungssystem statt. Hier wird ganz überwiegend keine Ausbildungsvergütung gezahlt, sondern z. T. sogar Schulgeld erhoben. Für die Beschäftigten tut sich also bereits mit ihrer Ausbildungsentscheidung eine Lohnlücke auf. Der wachsende Fachkräftebedarf in diesen

Berufen wird sich ohne Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der SAGE-Berufe und der damit verbundenen Erschließung neuer Beschäftigtenpotenziale (z. B. Männer, Personen mit Migrationshintergrund oder Berufswechsler bzw. Berufswechslerinnen) nicht decken lassen.

Arbeitszufriedenheit und Attraktivität von Berufen hängen u. a. von der Bezahlung und der Qualität des Arbeitsumfeldes ab. Politisches Handeln kann diese beiden Felder angesichts von Tarifautonomie und der Vielzahl verschiedenster Arbeitgeber jedoch nur bedingt beeinflussen. Gerade wegen des großen Frauenanteils im Berufssegment ist es deshalb gleichstellungspolitisch wichtig, dass nach Wegen gesucht wird, dieses aufzuwerten. Die Effekte können auch zur Schließung der Entgeltlücke zwischen Frauen und Männern beitragen.

Case und Care Management

Die Bundesregierung spricht sich ferner dafür aus, dass im Rahmen von Gesamtkonzeptionen der Ausgestaltung der Daseinsvorsorge und Sozialraumgestaltung für ältere Menschen die Maßnahmen der kommunalen Altenhilfe und die Maßnahmen auf der Grundlage des Pflegeversicherungsrechts stärker aufeinander bezogen werden.

Die Sachverständigenkommission schlägt vor, dass die Kommunen das Case und Care Management in Kooperation mit den Pflegekassen federführend koordinieren sollen. Die Bundesregierung teilt die Auffassung, dass für ein gelingendes Case und Care Management eine enge Zusammenarbeit der Beteiligten wichtig ist. In den Pflegestützpunkten können die Kommunen gemeinsam mit den Pflegekassen für Versicherte individuelle Versorgungspläne erstellen. Mit dem Zweiten und dem Dritten Pflegestärkungsgesetz wird der Rahmen für die Zusammenarbeit zwischen den Kommunen und der Pflegeversicherung erheblich ausgeweitet (vgl. hierzu die Ausführungen unter Kapitel 9).

Mit diesen neuen Instrumenten im Rahmen des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes wurden Vorschläge von kommunaler Seite und von Länderseite aufgegriffen. Die Bundesregierung erwartet, dass Länder, Kommunen und Pflegekassen die Ausweitung von kommunalen Steuerungs- und Beratungskompetenzen im Bereich Pflege, die sich auch in den Empfehlungen zum Siebten Altenbericht widerspiegeln, in enger Zusammenarbeit zum Wohle der pflegebedürftigen Menschen wahrnehmen.

Allianz für Menschen mit Demenz

Im Übrigen zeigen die inzwischen vorliegenden Ergebnisse der abgeschlossenen Initiative Demenzfreundliche Kommunen der Aktion Demenz e. V. mit finanzieller Unterstützung der Robert Bosch Stiftung auf, was an Maßnahmen auf kommunaler Ebene bereits im Rahmen der jetzigen Handlungsspielräume möglich ist, um die Lebenssituation spezifischer Gruppen älterer, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu verbessern.

Einen zukunftsweisenden Ansatz im Sinne der Forderungen der Kommission stellt die Agenda der Allianz für Menschen mit Demenz dar, an der u. a. auch die Kommunalen Spitzenverbände als Gestaltungspartner beteiligt sind. Die „Allianz für Menschen mit Demenz“ führt als Arbeitsgruppe der Demografiestrategie der Bundesregierung die öffentlichen Stellen und die Organisationen der Zivilgesellschaft zusammen, die Verantwortung für Menschen mit Demenz tragen, und bündelt so die Kräfte aller Verantwortlichen. Die Agenda enthält in vier Handlungsfeldern 155 Beiträge, von denen viele ausdrücklich die Gestaltung von Beratung, Hilfe und Versorgung auf der kommunalen Ebene ansiedeln und Vernetzung einfordern. Nach Unterzeichnung am 15. September 2014 werden diese Beiträge nunmehr mit konkreten Maßnahmen unterfüttert und – eingebunden in einen Monitoring Prozess – bis 2018 umgesetzt. Eine Weiterentwicklung zu einer Nationalen Demenzstrategie ist geplant und wird die unterschiedlichen Lebensverhältnisse in den Kommunen berücksichtigen müssen. Im September 2016 wurde ein Zwischenbericht veröffentlicht. Die Agenda ist auf www.allianz-fuer-demenz.de abrufbar.

Mehrgenerationenhäuser

Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten und bereits zuvor angesprochenen Mehrgenerationenhäuser machen sich für das Miteinander der Generationen in der Kommune stark und bieten passgenaue Angebote für die Bedarfe vor Ort an. Im Rahmen des Handlungsschwerpunkts „Alter und Pflege“ gibt es z. B. niedrigschwellige Informations-, Beratungs-, und Begegnungsangebote, Präventionsangebote

wie Sturzprophylaxe oder Gesundheitsberatung, Betreuung für demenziell erkrankte Menschen (z. B. Demenz-café, Demenzbegleiter) oder Angebote zur Unterstützung im Alltag für allein lebende Seniorinnen und Senioren. Mit Angeboten zur Entlastung pflegender Angehöriger (z. B. durch Informations- und Beratungsangebote sowie Angebote zum offenen Austausch und der Selbsthilfe) fördern die Mehrgenerationenhäuser nicht zuletzt die bessere Vereinbarkeit von Pflege und Familie und ergänzen die lokale Pflegeinfrastruktur. Auch im Rahmen des 2017 startenden „Bundesprogramms Mehrgenerationenhaus“ wird das Thema Alter und Pflege innerhalb des Handlungsschwerpunktes „Gestaltung des demografischen Wandels“ nach wie vor eine zentrale Rolle spielen.

8. Von der Wohnungs- zur Wohnpolitik

Die Bundesregierung merkt an, dass die Siebte Altenberichtskommission in ihrer Analyse die Erkenntnisse des Wohngeld- und Mietenberichts 2014 der Bundesregierung und der Wohnungsmarktprognose 2030 des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) noch nicht berücksichtigen konnte, da sie erst nach Abschluss der inhaltlichen Arbeit der Kommission veröffentlicht wurden.

Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse stellt sich die Wohnsituation von älteren Menschen deutlich günstiger dar. Die Wohnkosten und die Wohnkostenbelastung älterer Menschen sind niedriger als dargestellt. Dies belegen auch die Ergebnisse des Forschungsprojekts des BBSR „Lebenslagen und Einkommenssituation älterer Menschen“ , das im Dezember 2015 veröffentlicht wurde.

In der von der Siebten Altenberichtskommission vorgelegten Analyse wird deutlich, dass mit zunehmendem Alter die eigene Wohnung wie auch das Wohnquartier von zentraler Bedeutung ist. Die Bundesregierung teilt die Einschätzung der Altenberichtskommission, dass das in der fachpolitischen Debatte dominierende Paradigma „ Alt werden zu Hause“ die vielfältigen Wohnformen und Alternativen „zwischen Häuslichkeit und Heim“ nicht hinreichend thematisiert. Ältere Menschen bewerten oft ihre Wohnsituation nicht allein objektiv, sondern lassen sich leiten von einer über Jahre gewachsenen emotionalen Verbundenheit mit der Wohnung. Dies führt dann oft zu einem Verbleib im gewohnten Haushalt – auch wenn damit erhebliche Einschränkungen für die betroffenen Menschen verbunden sind.

Individuelle Wohnmobilität im Alter kann ein weiterer Baustein sein, um auch bei veränderten Lebensbedingungen eine möglichst lange selbstständige Lebensführung zu unterstützen. Eine wesentliche Voraussetzung zur Förderung der Wohnmobilität ist, wie die Altenberichtskommission ebenfalls ausführt, dass ein ausreichendes Angebot an altersgerechten, bezahlbaren Wohnungen, die zugleich auch mit verschiedenen Dienstleistungen verknüpft werden können, vor Ort zur Verfügung steht.

Wohnformen im Alter

Erforderlich hierfür sind adäquate Informationen über die Vielfalt der Wohnformen im Alter. Zu einem ganzheitlichen kommunalen Konzept für selbstständiges Wohnen im Alter gehören aber auch die Pflegeheime. Die Bundesregierung stimmt der Altenberichtskommission zu, dass nach wie vor stationäre Einrichtungen noch zu wenig unter dem Aspekt des Wohnens betrachtet werden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat modellhaft Projekte gefördert, bei denen sich stationäre Einrichtungen in das Quartier öffnen, um gute Wohnbedingungen auch für Bewohnerinnen und Bewohner im Heim zu schaffen und deren Teilhabe an Aktivitäten im Quartier zu erhöhen. Um dem „Wohnen zuhause“ möglichst nahe zu kommen, ist es notwendig, dass die Arbeitsabläufe in der Pflege stärker an den Wohnbedürfnissen der Menschen ausgerichtet und stationäre Pflege in kleinen Wohngemeinschaften ermöglicht werden.

Obwohl Ältere den Wunsch nach gemeinschaftlichem Wohnen äußern, leben nur wenige Menschen bislang tatsächlich in gemeinschaftlichen Wohnprojekten. Um Erkenntnisse zu den Ursachen hierfür zu gewinnen, notwendige Rahmenbedingungen näher zu analysieren und auch für ältere Menschen barrierearme Wohnumgebungen zu schaffen sowie die Bezahlbarkeit von Wohnangeboten z. B. durch genossenschaftliche Modelle zu unterstützen, hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend das Modellprogramm „Gemeinschaftlich wohnen, selbstbestimmt leben“ aufgelegt, an dem 29 Projekte teilnehmen.

Ziel sollte grundsätzlich sein, dass ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen ein möglichst selbstbestimmtes Leben in ihrer eigenen Wohnung führen können. Die Bundesregierung hat daher am 01.Oktober 2014 die Zuschussförderung im KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ wieder eingeführt. Private Eigentümer und

Mieter konnten – unabhängig von Einkommen und Alter – Zuschüsse beantragen, um Barrieren in Wohngebäuden abzubauen und bauliche Maßnahmen zur Einbruchsicherung vorzunehmen. Seit Einführung des Programms 2009 haben Bund und KfW über 250.000 Wohneinheiten gefördert.

Versorgung mit bezahlbarem Wohnraum

Die Siebte Altenberichtskommission weist zu Recht auf die zunehmenden regionalen Wohnungsmarktknappheiten hin. Zur Sicherung der Bezahlbarkeit des Wohnens hat die Bundesregierung als vorrangige wohnungspolitische Maßnahmen die sogenannte Mietpreisbremse eingeführt und Wohngeldleistungen deutlich erhöht. Die Bundesregierung hat ferner die Kompensationsmittel, die den Ländern als Ausgleich für den Wegfall früherer Bundesfinanzhilfen für die soziale Wohnraumförderung gewährt werden, für die Jahre 2016 bis 2019 um insgesamt 2 Milliarden Euro erhöht. Im Zuge der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern zur Beteiligung des Bundes an den Kosten der Integration vom 7. Juli 2016 hat der Bund zugesagt, die Kompensationsmittel für die Jahre 2017 und 2018 nochmals um jeweils 500 Mio. Euro zu erhöhen. Die Länder haben zugesagt, diese Kompensationsmittel zweckgebunden für den sozialen Wohnungsbau zu verwenden. Der Bund gibt darüber hinaus weitere entbehrliche Immobilien und Liegenschaften an Kommunen und kommunale Gesellschaften für Zwecke des sozialen Wohnungsbaus verbilligt ab. Einzelheiten sind in der Verbilligungsrichtlinie (VerbR) der Bundesanstalt für Immobilienaufgaben geregelt.

Mit der Wohnungsbau-Offensive, die auf den Ergebnissen des Bündnisses für bezahlbares Wohnen und Bauen aufbaut, wirkt der Bund gemeinsam mit den Ländern, den Kommunen, der Wohnungs- und Bauwirtschaft sowie weiteren Partnern auf eine spürbare Entlastung auf den Wohnungsmärkten hin. Mit diesem Maßnahmenpaket aus Baulandbereitstellung, Überprüfung von Bau- und Planungsvorschriften auf Vereinfachungspotential und steigenden Mitteln für sozialen Wohnungsbau und Wohngeld setzt der Bund den Rahmen, um den dringend benötigten Wohnraum rasch zu realisieren. Er unterstützt Länder und Kommunen dabei, ihre aus der Kompetenzordnung rührenden Aufgaben zu erfüllen und Anreize und Erleichterungen für die Wohnungs- und Bauwirtschaft zu schaffen. Bei allen Maßnahmen zur Vereinfachung von Vorschriften, Normen und Standards, für die Begrenzung eines Anstiegs der Baukosten, wird es keine Einbußen bei Gesundheit (z. B. Lärmschutz), Sicherheit (z. B. Brandschutz) und Umweltintegrität (z. B. Beispiel Klimaschutz- und Energieeffizienzziele) geben.

Technikunterstütztes Wohnen

Die Bundesregierung stimmt mit der Altenberichtskommission überein, dass – wie auch in anderen Zusammenhängen dieser Stellungnahme bereits dargestellt – technikbasierte Unterstützungskonzepte ein selbstbestimmtes Leben auch bei eingeschränkter Gesundheit ermöglichen, gesellschaftliche Teilhabe sowie die Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit insgesamt aufrechterhalten. Entscheidend dafür ist die Akzeptanz der Systeme durch die potentiellen Nutzerinnen und Nutzer. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt in verschiedenen Programmen und Maßnahmen das Thema „Technikunterstützung im Alltag“ (AAL – Ambient Assisted Living). Um die technischen Möglichkeiten an einem praktischen Beispiel zu verdeutlichen, wurde das Konzept des „Musterhauses GenerationenWohnen“ entwickelt. Am Standort Berlin soll das Musterhaus inklusive einer Musterwohnung für das altersgerechte, gemeinschaftliche und generationenübergreifende Bauen und Wohnen entstehen und der breiten Öffentlichkeit zur Besichtigung angeboten werden. Eine Empfehlung der Sachverständigenkommission betrifft explizit technische Assistenzsysteme. U. a. wird vorgeschlagen, sie in das Leistungsrecht der Kranken- und Pflegekassen aufzunehmen.

Technische Unterstützungssysteme gehören insoweit bereits zum Leistungsspektrum der sozialen Pflegeversicherung, als diese bei entsprechender Eignung entweder als technische Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 1 und 3 SGB XI bewilligt oder als technische Hilfen im Rahmen der Verbesserung des Wohnumfelds nach § 40 Absatz 4 SGB XI bezuschusst werden können. Einzelheiten hierzu sind untergesetzlich geregelt. Die Pflegekassen haben ergänzend zum Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ein Pflegehilfsmittelverzeichnis erstellt. Zu den möglichen Umbaumaßnahmen gibt es eine vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellte Liste mit möglichen Umbaumaßnahmen.

Um einen Überblick über technische Systeme zu erhalten, hatte das Bundesministerium für Gesundheit eine Studie zum Nutzen technischer Assistenzsysteme (TA) in der häuslichen Pflege in Auftrag gegeben, die 2013 ergeben

hatte, dass es zwar eine Reihe von Forschungs- und Entwicklungsvorhaben gibt, jedoch kaum marktreife Produkte, die bereits erprobt sind und bei den Pflegebedürftigen unmittelbar eingesetzt werden könnten. Objektiv belastbare Nutzennachweise fehlten. Verlässliche Kosten-Nutzen-Abschätzungen ließen sich nicht erstellen.

In der Zwischenzeit wurde eine weitere Studie vergeben, bei der beispielhaft entwickelt wird, welche Kriterien in einen nachvollziehbaren Nutzennachweis für technische Unterstützungssysteme einfließen müssten und wie ein solcher Nachweis für neue technische Assistenzsysteme angelegt werden sollte. Vorgesehen ist die modellhafte Erprobung einer modular aufgebauten Möglichkeit zur „Quartiersvernetzung" durch eine computergestützte technische Assistenz in einzelnen Haushalten und eine entsprechende Evaluation. Anhand dieser wird derzeit eine quantitative Wirkungsanalyse durchgeführt. Das Projekt soll im Jahr 2016 abgeschlossen werden. Auf der Grundlage eines solchen Nutzennachweises könnte dann zukünftig ggf. beurteilt werden, ob ein neues technisches Assistenzsystem zur Bewilligung durch die Pflegekassen empfehlenswert erscheint oder nicht.

Solange wie möglich in den eigenen vier Wänden zu leben ist der Wunsch vieler älterer Menschen. Seit 2014 fördert die Bundesregierung das regionale Innovationscluster KogniHome mit dem Ziel durch hilfreiche, vernetzte Technik den Alltag im Lebensbereich Wohnen in vielfältiger Weise zu unterstützen und in Hinblick auf Gesundheit und Sicherheit zu verbessern. Damit werden zugleich bessere Bedingungen für ein möglichst langes, selbstbestimmtes Leben im Alter geschaffen.

Mobilität

Für eine gute Unterstützung älterer Menschen in ihrer Mobilität – in dichtbesiedelten urbanen Räumen wie in peripheren ländlichen Regionen – stellen sich, wie die Kommission zu Recht ausführt, nicht nur Anforderungen an eine gute Infrastruktur und Verkehrsraumgestaltung, es sind auch altersbedingte Veränderungen, z. B. kognitive und motorische Einschränkungen, zu berücksichtigen. Ebenso stimmt die Bundesregierung der Kommission in der Einschätzung zu, dass es in diesem Maßnahmenfeld weniger ein Wissensdefizit, als vielmehr ein Umsetzungsdefizit gibt. Viele Instrumente zur alters- und behindertengerechten Mobilitätsplanung sind in den letzten Jahren entwickelt und dokumentiert worden. Ziele sind sowohl die Beseitigung von Mobilitätshindernissen als auch die Etablierung mobilitätsfördernder Maßnahmen. Die Bundesregierung ist deshalb bestrebt, solche ganzheitlichen Konzepte für eine altersgerechte Mobilitätsinfrastruktur zu stärken, Kooperationen und Netzwerke zu unterstützen und die Projekterfahrungen für interessierte Akteure bekannter zu machen. Darüber hinaus enthält der Nationale Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (Bundestagsdrucksache 18/9000) im Handlungsfeld 3.8 („Mobilität") eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Barrierefreiheit, die nicht nur Menschen mit Behinderungen, sondern auch älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen zugutekommen.

Zudem wird in dem Modellvorhaben „Langfristige Sicherung von Versorgung und Mobilität in ländlichen Räumen" des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur, das derzeit mit 18 Modellregionen durchgeführt wird, die Erreichbarkeit von Einrichtungen der Daseinsvorsorge mit einem besonderen Fokus auf die Anforderungen und Bedürfnisse älterer Menschen thematisiert.

Für ein selbstbestimmtes Leben im Alter spielt auch die technische Unterstützung bei der Bewältigung von Wegstrecken eine zunehmende Rolle. Die Bundesregierung förderte in diesem Zusammenhang Forschungsprojekte zu „Nahtlosen Mobilitätsketten zur Beseitigung, Umgehung und Überwindung von Barrieren", gerichtet auf das gesamte Spektrum der Mobilitätsbedürfnisse älterer Menschen.

Wohnen und Nachbarschaft

Gegenseitige Unterstützung und Hilfe in der Nachbarschaft und im Wohnumfeld sind kein Selbstläufer, sondern müssen kontinuierlich aufgebaut und gepflegt werden. Sie brauchen gut funktionierende Netzwerke und verlässliche Rahmenbedingungen. Diese Einschätzung der Altenberichtskommission ist auch Ergebnis des Programms „Nachbarschaftshilfe und soziale Dienstleistungen". Insgesamt sind in den Projekten vielfältige Methoden und konkrete Arbeitshilfen entwickelt worden, die zeigen, wie Nachbarschaftsinitiativen und neue Angebote der Beratung, Betreuung und Versorgung auf den Weg gebracht werden können. Sie wurden übersichtlich aufbereitet, in einem „Werkzeugkoffer" gebündelt und stehen auf dem Serviceportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend www.serviceportal-zuhause-im-alter.de zur Verfügung.

Mit dem Programm „Anlaufstellen für ältere Menschen“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden rund 300 Projekte bundesweit gefördert mit dem Ziel, wohnortnah Information, Beratung und Unterstützung anzubieten, um so die professionelle Arbeit bestehender Einrichtungen sinnvoll zu ergänzen. Viele Einrichtungen werden durch kleine Umbaumaßnahmen unterstützt, um möglichst barrierefrei zugänglich zu sein oder sie investieren in eine bedarfsgerechte Ausstattung mit technischen Geräten oder entsprechendem Mobiliar. So können Orte der Begegnung geschaffen und besser zugänglich für mobilitätseingeschränkte Menschen gestaltet werden. Hilfen bei körperlichen und geistigen Einschränkungen gehören ebenso dazu wie Helferkreise zum Informations- und Erfahrungsaustausch, Krisendienste, Hilfen bei der Auswahl und Organisation von Dienstleistungen sowie Unterstützung bei deren Finanzierbarkeit.

Dorfentwicklung und Grundversorgung

Im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes“ werden Investitionen in die Dorfentwicklung ländlich geprägter Orte gefördert. Ziel der Förderung ist es, zum einen die charakteristischen Ortsbilder und die Bausubstanz der Dörfer zu erhalten und zum anderen die dörfliche Struktur so zu gestalten und weiter zu entwickeln, dass auch zukünftig die ländlichen Gebiete als Lebens-, Arbeits-, Erholungs- und Naturraum erhalten bleiben. Es soll eine Verbesserung der Lebensverhältnisse der Bevölkerung erreicht und die Attraktivität der Dörfer erhöht werden. Im Fokus sind an generationengerechter Ausstattung orientierte dorfgemäße Gemeinschaftseinrichtungen, Mehrfunktionenhäuser und wohnortnahe Angebote zur Grundversorgung.

9. Lokale Politik für eine älter werdende Gesellschaft

Die Sachverständigen formulieren das Leitbild „Zugehörigkeit und Teilhabe“. Dies soll als „das zentrale Ziel des Sozialstaatsprinzips“ verdeutlicht werden und auf eine „Politik mit älteren Menschen und für ältere Menschen“ hinwirken, die auf „erfahrbare Wertschätzung“ abzielt und „sich nicht in einer Inanspruchnahme sozialer Infrastruktur im Sinne einer technisch reibungslosen Deckung eines Bedarfs“ erschöpft.

In diesem Sinne unterstreicht die Bundesregierung ihre Haltung, dass kommunale Politik für ältere Menschen die unterschiedlichen Lebenslagen und Bedürfnisse im Alter berücksichtigen muss. Es ist ihr besonders wichtig, dass grundsätzlich alle älteren Menschen so lange wie möglich selbstbestimmt und aktiv mitten in der Gesellschaft leben und an ihr teilhaben können. Ebenso hält sie es für erforderlich, dass diejenigen, die Schutz und Hilfe brauchen, ein bedarfsgerechtes Beratungsangebot sowie ein breit gefächertes Angebot zur gesellschaftlichen Teilhabe, Unterstützung und Pflege vorfinden. Um dieses für ältere Menschen und ihre Angehörigen zu gewährleisten, ist es wichtig, dass die Kommunen im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge Strukturen schaffen, die auf eine gezielte Sozialraumgestaltung zugunsten älterer Menschen ausgerichtet sind. Dabei kommt dem Auf- und Ausbau von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen zwischen Verwaltung, Gesundheits- und Pflegewesen und Zivilgesellschaft eine hohe Bedeutung zu. Von besonderer Relevanz sind ebenso bedarfsgerechte Angebote an sozialen Dienstleistungen, Bildungsangebote, Nachbarschaftshilfen, Angebote gemeinschaftlicher Wohnformen, die Stärkung des Quartiers und des sozialen Nahraums sowie die speziellen und generationsübergreifenden Anlaufstellen.

Lokale Vernetzung bei Altenhilfe, Pflege und Gesundheitsförderung

Die Bundesregierung verweist diesbezüglich auf die Ausführungen zu den anderen Kapiteln. Sie unterstützt ausdrücklich das Anliegen der Sachverständigenkommission, die Rolle der Kommunen in verschiedenen Bereichen weiter zu stärken, und spricht sich dafür aus, die bereits bestehenden gesetzlichen Spielräume und Infrastrukturentwicklungsprojekte intensiver als bisher zu nutzen.

Die Empfehlung der Altenberichtskommission, „Altenhilfestrukturen“ zu fördern, auszubauen, zu verstetigen sowie gesetzlich zu flankieren, wird die Bundesregierung eingehend prüfen, insbesondere im Hinblick darauf, wie sektorenübergreifende Strukturen geschaffen werden können.

An der Versorgung vor Ort sind neben den Pflege- und Krankenkassen insbesondere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Heilmittelerbringer, Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen und nicht zuletzt die Kommunen beteiligt. Deren Zusammenarbeit ist Gegenstand jeweils bereichsspezifischer

Regelungen zum Beispiel im Fünften, Neunten, Elften und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch. Die Bundesregierung verfolgt das Ziel, die Regelungen für die regionale Zusammenarbeit in der Versorgung weiter zu entwickeln und dadurch auch die Rolle der Kommunen zu stärken. Im Bereich der Pflegeversicherung besteht seit Jahren die Möglichkeit, dass die Kommunen gemeinsam mit den Pflegekassen in Pflegestützpunkten für Versicherte individuelle, sozialleistungsträger- und sektorenübergreifende Versorgungspläne erstellen und deren Umsetzung unterstützten.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz sind die Vorschriften für die Pflegeberatung weiter entwickelt und konkrete Regelungen für die Zusammenarbeit mit den Kommunen getroffen worden. In Rahmenvereinbarungen soll eine strukturierte Zusammenarbeit der örtlichen Beratungsstellen der Pflegekassen und der Kommunen geregelt werden. Den Pflegekassen wird ermöglicht, einzeln oder gemeinsam die strukturierte Zusammenarbeit in der Versorgung Pflegebedürftiger vor Ort mit bis zu 20.000 Euro pro Kalenderjahr und Kreis bzw. kreisfreie Stadt zu unterstützen. Kreisen und kreisfreien Städten, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger Personen ist die Teilnahme an diesen regionalen Versorgungsnetzen zu ermöglichen. Die Angaben über die regionalen, niedrigschwelligen Angebote zur Entlastung im Alltag sollen in die Internet-Portale der Pflegeversicherung aufgenommen werden und den Beratungsstellen zur Verfügung stehen.

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz werden die Empfehlungen der Bund-Länder Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umgesetzt. Auch hier ist die Verbesserung der Zusammenarbeit aller Beteiligten zentrales Ziel.

So können in bis zu 60 Modellprojekten Kreise oder kreisfreie Städte für eine Dauer von fünf Jahren die gesamte Beratung aus einer Hand erbringen; sie haben hierzu vertragliche Vereinbarungen mit den Landesverbänden der Pflegekassen zu schließen. Kommunen erhalten zudem für fünf Jahre ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, in denen eine Zusammenarbeit mit den Kranken- und Pflegekassen erfolgt. Die maßgeblichen Akteure in der Pflege können künftig zudem in Landespflegeausschüssen, in sektorenübergreifenden und in regionalen Ausschüssen gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung abgeben.

Die von den Sachverständigen angesprochenen Kritikpunkte an der derzeitigen Umsetzung der in § 71 SGB XII verankerten Altenhilfe im Bereich der Pflege haben bereits im Rahmen des Entwurfs des Dritten Pflegestärkungsgesetzes Berücksichtigung gefunden. Danach wird festgeschrieben, dass die Leistungen der Altenhilfe mit den übrigen Leistungen des SGB XII, den Leistungen der örtlichen Altenhilfe und der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe zu verzahnen sind.

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit und Vernetzung im Bereich der Pflege wird der Ansatz einer regionalen Selbstorganisation für zielführend erachtet. Bereits im Zuge des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes wurde damit begonnen, ein eigenes Konzept der regionalen Abstimmung und Zusammenarbeit gesetzlich umzusetzen. Dazu gehören:

- elektronische Datenübertragung der Angaben zu niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungs- sowie anderen Angeboten; damit entsteht ein Informationsverbund der Beratungsstellen von Pflegekassen und Ländern/Kreisen/kreisfreien Städten über die verfügbaren Angebote in einer Region;
- strukturierte Zusammenarbeit der örtlichen Beratungsstellen (Pflegeberatung, Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege); hierzu sind Rahmenvereinbarungen zwischen den Verbänden der Pflegekassen und den zuständigen Stellen der Länder zu schließen;
- Förderung regionaler Netzwerke zur Versorgung Pflegebedürftiger durch die Pflegekassen – einzeln oder gemeinsam (bis zu 20.000 Euro pro Kalenderjahr je Kreis/kreisfreie Stadt).

Zugleich ist aber auch darauf hinzuweisen, dass die Länder wesentlich dazu beitragen können, die kommunale Verantwortung zu stärken. So gilt für die soziale Pflegeversicherung, bereits, dass die Länder nach § 9 SGB XI für die „Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ verantwortlich sind und „das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen“ durch Landesrecht bestimmt wird. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen gemäß § 9 SGB XI Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.

Einzubeziehen ist ferner, dass der Gesetzgeber den Pflegekassen gemäß § 69 SGB XI den Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung der Versicherten übertragen hat. Gemeint sind damit insbesondere die Leistungen, die die Pflegekassen ihren Versicherten in Form der Sachleistung zu gewähren haben. Die Übertragung des

Sicherstellungsauftrages bedeutet dabei nicht, dass die Pflegekassen die ihnen obliegenden pflegerischen Leistungen als eigene Leistungen selbst erbringen müssen. Bezeichnend für das Sachleistungsprinzip ist vielmehr die „Verschaffungspflicht" der Pflegekassen, die sie u. a. durch den entsprechenden Abschluss von Zulassungs- bzw. Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern erfüllen.

Nach geltendem Recht entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen über die Zulassung der Einrichtung im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung und damit für Erteilung der Zustimmung zuständig ist (§ 72 Absatz 2 SGB XI).

Das Recht der Pflegeversicherung sieht bei der Zulassung von Leistungserbringern in der Pflege dabei grundsätzlich keine Bedarfssteuerung vor. Es folgt seit seiner Einführung unverändert dem Prinzip der Trägervielfalt mit seinem Grundsatz der Marktöffnung und Wettbewerbsorientierung. Der oder die Pflegebedürftige hat daher bislang das freie Wahlrecht unter allen nach dem SGB XI zugelassenen Leistungserbringer (wie auch zwischen Geld- und Sachleistungen des SGB XI) und nicht nur unter von „kommunaler" Seite angebotenen Hilfen.

Eine „Zulassungskompetenz", die allein den Kommunen obliegen würde – wie im Bericht der Sachverständigenkommission angedacht –, ist insbesondere vor diesem Hintergrund als kritisch zu bewerten, da sie mit Einschränkungen im Wahlrecht der Pflegebedürftigen verbunden wäre und die mit Blick auf Trägervielfalt und innovative Angebote wichtige Wettbewerbsorientierung beschränken würde. Es wird im Übrigen auf die Regelungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen in den Entwürfen zum Bundesteilhabegesetz und zum Dritten Pflegestärkungsgesetz verwiesen.

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird einer vernetzten medizinischen Versorgung, auch über Sektorengrenzen hinweg, eine große Bedeutung beigemessen. Case und Care Management können in unterschiedlichen Versorgungsformen verwirklicht werden, hierzu zählen z. B. selektivvertragliche Versorgungsmodelle der „besonderen Versorgung" oder auch strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (sogenannte Disease-Management-Programme – DMP). Auch in der Regelversorgung wird die Überwindung von Schnittstellen gefördert, z. B. durch konkrete Regelungen zum Entlassungsmanagement sowie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, in der niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte gemeinsam tätig sein können.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde zudem ein Innovationsfonds eingerichtet, aus dessen Mitteln in den Jahren 2016 bis 2019 insbesondere innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen auch finanziell gefördert werden können. Im Hinblick auf eine vernetzte und übergreifende Versorgungsstruktur sind Länder und Kommunen gefordert, für ihre Regionen passgenaue Lösungen im Zusammenwirken mit allen Beteiligten zu entwickeln.

Zudem wird den Kommunen ermöglicht, medizinische Versorgungszentren zu gründen. Dies eröffnet ihnen die Möglichkeit einer größeren Einflussnahme auf die Ausgestaltung der Daseinsvorsorge des Gesundheitswesens. Kommunen können nun aktiv die medizinische Versorgung in der Region beeinflussen und verbessern. Grundsätzlich gilt aber, dass Mittel der Sozialversicherung nicht an die Kommunen zur Bewirtschaftung übertragen werden können (unzulässige Mischverwaltung).

Lokale Demografiepolitik

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung der Kommission, dass es im Bereich der lokalen Demografiepolitik bereits eine Vielzahl von Ansätzen und erfolgreichen Maßnahmen auf kommunaler Ebene gibt. Offen ist, wie Transformationsprozesse hin zu demografiefesten Kommunen gestaltet werden können. Die Bundesregierung hat deshalb in Zusammenarbeit mit den Kommunalen Spitzenverbänden sowie unterstützt durch weitere Partner am 1. Januar 2016 die Maßnahme „Demografiewerkstatt Kommunen" gestartet. Über einen Zeitraum von fünf Jahren sollen in der Demografiewerkstatt Kommunen (DWK) mindestens acht Kommunen (Städte, Gemeinden, Landkreise) bei der Gestaltung des demografischen Wandels vor Ort durch externe Beratungsteams begleitet und unterstützt werden. Konkrete Projekte sollen dabei angestoßen, bereits vorhandene Initiativen einbezogen und sinnvoll, effektiv und dauerhaft miteinander vernetzt werden. Die Prozessabläufe werden systematisch beschrieben und evaluiert. Auf dieser Basis sollen Handlungsempfehlungen und praktische Anregungen für einen großen Kreis von Kommunen entwickelt werden. Die Ergebnisse der „Demografiewerkstatt-Kommunen" werden über die Arbeitsgruppe „Selbstbestimmtes Leben im Alter" auch in die Demografiestrategie der Bundesregierung einfließen.

Mit dem Demografiewettbewerb „Innovationen für Kommunen und Regionen im demografischen Wandel (InnovaKomm)“ fördert die Bundesregierung Innovationen der Mensch-Technik-Interaktion (MTI), die auf mit dem demografischen Wandel einhergehende, konkrete Bedarfslagen von Kommunen und Regionen bezogen sind und zu spürbaren Verbesserungen für die Menschen vor Ort führen und somit Beispiele guter Praxis für die Gestaltung des demografischen Wandels schaffen.

Unterstützung lokaler Lösungen im ländlichen Raum

Die Bundesregierung ermöglicht den Ländern über die Gemeinschaftsaufgabe zur Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes (GAK) auch die Finanzierung von Vorhaben, die entsprechend den regionalen Verhältnissen und Notwendigkeiten lokale Lösungen für die Menschen im ländlichen Raum bieten. Insbesondere mit der Förderung der „Integrierten ländlichen Entwicklung“ wird sichergestellt, dass einzelne Vorhaben auf Basis einer regionalen oder gemeindlichen Strategie verwirklicht werden können. Über die Förderung der Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) können die Länder oftmals auch diese Vorhaben aus europäischen Mitteln mitfinanzieren. Eine große Bedeutung hat hier auch der „LEADER-Ansatz“, der über regionale Budgets den Regionen eine große Mitentscheidungsmöglichkeit über den Mitteleinsatz und die einzelnen Vorhaben gibt. Die Entscheidung über konkrete Förderangebote, die Schwerpunktsetzung beim Mittelansatz und über einzelne Vorhaben liegt im Verantwortungsbereich der Länder.

C. Altenberichterstattung

Die Altenberichterstattung fußt auf einem Beschluss des Deutschen Bundestages vom 24. Juni 1994 (Bundestagsdrucksache 12/7992), der im Zusammenhang mit der Debatte über den Ersten Altenbericht für jede Legislaturperiode einen Bericht zu einem seniorenpolitischen Schwerpunktthema fordert. Mit den Altenberichten sollen Erkenntnisse über die aktuelle Lebenssituation dieser Bevölkerungsgruppe gewonnen und die Öffentlichkeit darüber informiert werden. Insbesondere sollen der Fachöffentlichkeit und den politischen Instanzen zukunftsweisende Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Lage älterer Menschen gegeben werden sowie ein realistisches Bild von der Heterogenität des Alters in das öffentliche Bewusstsein vermittelt werden. Die Tradition der Altenberichterstattung umfasst sowohl Gesamtberichte zur Lebenssituation älterer Menschen als auch Spezialberichte zu besonderen Fragestellungen.

Die Erarbeitung der Berichte erfolgt durch weisungsunabhängige Kommissionen, die mit Expertinnen und Experten unterschiedlicher Fachrichtungen besetzt und von der jeweiligen Bundesministerin oder dem Bundesminister für Familie, Senioren, Frauen und Jugend berufen werden. Bei der Erstellung des Berichts ist die Kommission als unabhängiges Sachverständigengremium autonom. Sie erstellt den Bericht in eigener Verantwortung und ist nicht an Weisungen gebunden. Dem Bericht der Sachverständigenkommission wird aber eine innerhalb der Bundesregierung abgestimmte Stellungnahme zu den Ausführungen und Empfehlungen der Sachverständigenkommission vorangestellt. Zusammen bilden Sachverständigenbericht und Stellungnahme der Bundesregierung den jeweiligen Altenbericht der Bundesregierung.

Nach Übergabe des Berichts der Sachverständigen an die zuständige Bundesministerin bzw. den Bundesminister für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird die Stellungnahme der Bundesregierung zum Kommissionsbericht erarbeitet und durch das Bundeskabinett beschlossen. Anschließend erfolgt die Zuleitung an den Deutschen Bundestag als Auftraggeber für die Berichterstattung. Mit der darauf folgenden Erstellung der Bundestagsdrucksache erfolgt die Veröffentlichung des Gesamtberichts.

Der Erste Altenbericht wurde im Jahr 1993 vorgelegt und lieferte erstmals eine umfassende und differenzierte Analyse der Lebenssituation älterer Menschen. Der 1998 vorgelegte Zweite Altenbericht behandelt das Schwerpunktthema „Wohnen im Alter“. Mit dem Dritten Altenbericht wurde im Jahr 2001 erneut ein Gesamtbericht zur Lebenslage älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland verfasst. Der Vierte Altenbericht aus dem Jahr 2002 ist wiederum ein Spezialbericht, der die Lebensbedingungen und Bedürfnisse einer in Zukunft rasch weiter wachsenden Gruppe alter Menschen, nämlich der über 80-Jährigen behandelt und sich ausführlich mit den Auswirkungen von Hochaltrigkeit und Demenz auseinandersetzt. Der Fünfte Altenbericht aus dem Jahr 2005 ist eine ausführliche Darstellung der Potenziale älterer Menschen in Wirtschaft und Gesellschaft und ihres Beitrags zum Zusammenhalt der Generationen. In Weiterentwicklung der Befunde des Fünften Altenberichts behandelt der

Sechste Altenbericht „Altersbilder in der Gesellschaft“ die Frage nach den vorherrschenden Altersbildern und ihrer gesellschaftlichen Wirkung.

Der Siebte Altenbericht greift eine mit dem demografischen Wandel entstehende zentrale Herausforderung auf: das Älterwerden in der Kommune. Der kommunale Kontext des Älterwerdens ist verschiedentlich in vorangehenden Altenberichten angesprochen, aber nie ausführlich behandelt worden. Daher wurde entschieden, eine Altenberichtskommission einzusetzen, die sich eingehend mit dem Thema der Sorge und Mitverantwortung in der Kommune befasst.

Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland

Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften

Bericht der Sachverständigenkommission
an das
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Berlin, im Oktober 2015

Inhaltsverzeichnis

Seite

Seite

Seite

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Vorwort

Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingesetzte Sachverständigenkommission zur Erstellung des Siebten Altenberichts der Bundesregierung trat am 26. November 2012 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen. Der Kommission war der Auftrag gestellt, das Thema „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ zu analysieren und die Ergebnisse dieser Analyse zum Gegenstand des Siebten Altenberichts zu machen. Dabei sollte vor allem die Frage beantwortet werden, welchen Beitrag kommunale Politik und örtliche Gemeinschaften leisten können, um Teilhabe und selbstständige Lebensführung alter Menschen sicherzustellen.

Dabei wurde an die Kommission die Erwartung herangetragen, darzulegen, welchen Herausforderungen sich die kommunale Politik für ältere Menschen derzeit gegenübersieht. Probleme und Hemmnisse, die sich bei der Bewältigung dieser – sektoren- und ressortübergreifenden – Aufgaben auf kommunaler Ebene zeigen, sollten benannt werden. Das Augenmerk war dabei vor allem auf Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine bessere Vernetzung der verschiedenen beteiligten Akteure zu richten. Unterschiedliche Politik- und Handlungsfelder sollten dabei Beachtung finden, etwa die Gesundheits-, Integrations- oder die Wohnungs- und Siedlungspolitik. Ein Schwerpunkt sollte auf den Bereich der Pflege und die Verbesserungen bei der Vernetzung von familialen, ehrenamtlichen und professionellen Unterstützungsleistungen gelegt werden. Dabei war die Frage zu beantworten, wie lokale Netzwerke und Strukturen der Unterstützung so gestaltet und gestützt werden könnten, dass sie anhaltend und nachhaltig tragfähig sind. Auch die Voraussetzungen für eine (Mit-)Gestaltung der Lebensbedingungen vor Ort durch die Bürgerinnen und Bürger sollten thematisiert werden. Bei allen Analysen waren die unterschiedlichen Lebenslagen der älteren Menschen, insbesondere jene von Frauen und von Menschen mit Migrationshintergrund, zu berücksichtigen.

Es sollten zudem die Handlungsspielräume der Kommunen in den unterschiedlichen Politikbereichen beachtet werden. Alternative Handlungsansätze und Möglichkeiten der Erweiterung von Handlungsspielräumen (zum Beispiel durch interkommunale Kooperationen oder durch eine Umverteilung von Zuständigkeiten zwischen den unterschiedlichen politischen Ebenen) sollten aufgezeigt werden.

Die Kommission hat den vorliegenden Bericht in 18 Sitzungen erarbeitet. Die einzelnen Kapitel sind das Ergebnis ausführlicher Diskussionen in der Kommission; für die Ausformulierung der Kapitel waren jeweils einzelne oder mehrere Mitglieder der Kommission und der Geschäftsstelle zuständig: für das Kapitel 1 (Einführung) Andreas Kruse, für das Kapitel 2 (Daseinsvorsorge und kommunale Verantwortung) Peter Dehne, für das Kapitel 3 (Subsidiarität als Ordnungsrahmen für lokale Strukturen und Netzwerke) Rolf G. Heinze, Thomas Klie und Andreas Kruse, für das Kapitel 4 (Ungleichheiten in der alternden Gesellschaft) Monika Alisch und Susanne Kümpers, für das Kapitel 5 (Regionale Disparitäten und die Lebenssituationen älterer Menschen in Deutschland) Clemens Tesch-Römer, für das Kapitel 6 (Gesundheitliche Versorgung) Andreas Kruse, für das Kapitel 7 (Sorge und Pflege) Thomas Klie, für das Kapitel 8 (Wohnen und Wohnumfeld) Frank Berner, Jenny Block, Rolf G. Heinze, Elke Pahl-Weber und Judith Rossow und für das Kapitel 9 (Lokale Politik für eine älter werdende Gesellschaft) Thomas Klie.

Im Zeitraum der Erstellung des Siebten Altenberichts fanden mehrere öffentliche Veranstaltungen statt, die den Mitgliedern der Kommission die Möglichkeit eröffneten, zentrale Themen und Thesen des Altenberichts vorzustellen und zu diskutieren. Das Thema des Berichts und wesentliche Thesen der Kommission wurden zudem dem Bundestagsausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgestellt und mit Vertreterinnen und Vertretern von Seniorenverbänden und Seniorenorganisationen diskutiert. Die Kommission stand daneben im Austausch mit anderen Sachverständigenkommissionen, insbesondere mit der Kommission zur Erstellung des Zweiten Engagementberichts der Bundesregierung wie auch mit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege.

Die Kommission dankt dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für das mit der Berufung der Kommissionsmitglieder ausgedrückte Vertrauen. Der Dank der Kommission geht an jene Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die Expertisen für den Siebten Altenbericht erstellt oder die Kommission im Prozess der Kapitelerstellung beraten haben, und schließlich an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der verschiedenen Tagungen, Workshops und Anhörungen. Die Anregungen, die die Kommission hier erhalten hat, sind in den vorliegenden Bericht eingegangen.

Die Kommission dankt schließlich den Mitgliedern der Geschäftsstelle für die Altenberichte der Bundesregierung: Frank Berner (Leiter der Geschäftsstelle), Jenny Block, Christine Hagen und Judith Rossow (wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle), Angela Braasch (Sachbearbeiterin der Geschäftsstelle) sowie Stephanie Wölk und Susanne Horl (studentische Mitarbeiterinnen) für die sehr kompetente und hoch engagierte wissenschaftliche und organisatorische Begleitung der Kommission.

Andreas Kruse
Vorsitzender der Siebten Altenberichtskommission

Die Mitglieder der Siebten Altenberichtskommission

Prof. Dr. Monika Alisch

Hochschule Fulda
CeSSt – Zentrum Gesellschaft und Nachhaltigkeit
Marquardstraße 35
36039 Fulda

Prof. Dr. Peter Dehne

Hochschule Neubrandenburg
FB Landschaftsarchitektur, Geoinformatik, Geodäsie und Bauingenieurwesen
Postfach 11 01 21
17041 Neubrandenburg

Prof. Dr. Rolf G. Heinze

Ruhr-Universität Bochum
Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie, Arbeit und Wirtschaft
Universitätsstraße 150
44801 Bochum

Prof. Dr. Thomas Klie

Evangelische Hochschule Freiburg
Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg

Prof. Dr. Andreas Kruse (Vorsitzender)

Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Institut für Gerontologie
Bergheimer Straße 20
69115 Heidelberg

Prof. Dr. Susanne Kümpers

Hochschule Fulda
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Marquardstraße 35
36039 Fulda

Prof. Dipl.-Ing. Elke Pahl-Weber (Stellvertretende Vorsitzende)

Technische Universität Berlin
Institut für Stadt- und Regionalplanung
Sekretariat B7
Hardenbergstraße 40a
10623 Berlin

Wilhelm Schmidt

AWO Bundesverband e. V.
Heinrich-Albertz-Haus
Blücherstraße 62/63
10961 Berlin

Prof. Dr. Wolfgang Schuster

Institut für Nachhaltige Stadtentwicklung
INSE GmbH
Charlottenplatz 17
70173 Stuttgart

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer

Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin

Prof. Dr. med. Kerstin Wessig

Hochschule Luzern
Technik und Architektur
Technikumstraße 21
CH-6048 Horw

Die Geschäftsstelle der Siebten Altenberichtskommission

Dr. Frank Berner
Leiter der Geschäftsstelle

Dr. Jenny Block
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Dr. Christine Hagen
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Judith Rossow, M.A.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Angela Braasch
Sachbearbeiterin/Sekretariat

Stephanie Wölk
Susanne Horl
Studentische Mitarbeiterinnen

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)
Geschäftsstelle für die Altenberichte der Bundesregierung
Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin
Tel.: 030 / 260 740 0
E-Mail: geschaeftsstelle@dza.de

Die Verfasserinnen und Verfasser von Expertisen für den Siebten Altenbericht

Dr. Sabine Beckmann, Universität Bremen
Sorgearbeit (Care) und Gender

Prof. Dr. Baldo Blinkert, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Versorgung pflegebedürftiger Haushaltsmitglieder. Auswertung der Zeitbudgetstudie für den Siebten Altenbericht

Prof. Dr. Ingo Bode, Universität Kassel
Strukturen und Reformen der Altenhilfe und Pflege im internationalen Vergleich

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), Bonn
Regionale Disparitäten in Deutschland auf der Ebene von Gemeinden und Kreisen

Heiko Gerlach und Markus Schupp, Hamburg und Köln
Lebenslagen, Partizipation und gesundheitlich-pflegerische Versorgung älterer Lesben und Schwuler in Deutschland

Prof. Dr. Reinhold Haux, Peter-L.-Reichertz-Institut für Medizinische Informatik der Technischen Universität Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover
Technische Systeme im Pflege- und Versorgungsmix für ältere Menschen

Prof. Dr. Harald Künemund, Universität Vechta
Wovon hängt die Nutzung technischer Assistenzsysteme ab?

Dr. Steffen Maretzke, Wachtberg
Kombinierte Faktoren- und Clusteranalyse zur Typisierung der Kreise in Deutschland nach wirtschaftlichen und infrastrukturellen Merkmalen

Dr. Sibylle Meyer, SIBIS Institut für Sozialforschung und Projektberatung GmbH, Berlin
Technische Unterstützung im Alter – was ist möglich, was ist sinnvoll?

Prof. Dr. Claudia Neu, Hochschule Niederrhein, Mönchengladbach
Daseinsvorsorge

Prof. Dr. Hartmut Remmers, Universität Osnabrück
Ethische Implikationen der Nutzung altersgerechter technischer Assistenzsysteme

Prof. Dr. Uwe Wagschal, Universität Freiburg
Finanzielle Handlungsspielräume der Kommunen – Möglichkeiten kommunaler Politik für älter werdende Menschen

Prof. Dipl.-Inf. Birgit Wilkes, Technische Hochschule Wildau
Altersgerechte Assistenzsysteme – Was tut die Wohnungswirtschaft?

Dr. Michael Zander, Hochschule Magdeburg-Stendal
Behindert alt werden – spezifische Lebenslagen und Bedarfe

Veranstaltungen der Siebten Altenberichtskommission

Während der Erstellung des Siebten Altenberichts ist die Kommission auf verschiedenen Veranstaltungen zu unterschiedlichen Themen mit Experten und Expertinnen, mit Vertretern und Vertreterinnen von Organisationen und Verbänden und mit der interessierten Fachöffentlichkeit in einen Austausch getreten.

Fachgespräche:

Fachgespräch der Siebten Altenberichtskommission über die Strukturen und die Entwicklung der kommunalen Seniorenpolitik in Heidelberg mit Dr. Joachim Gerner (Bürgermeister für Familie, Soziales und Kultur der Stadt Heidelberg), Angelika Haas-Scheuermann (Leiterin des Amts für Soziales und Senioren der Stadt Heidelberg), Bärbel Fabig (Leiterin der Abteilung Soziales und Senioren beim Amt für Soziales und Senioren der Stadt Heidelberg) und Ralf Baumgarth (Geschäftsführer der Freiwilligenbörse Heidelberg) (18. April 2013, Heidelberg).

Fachgespräch der Siebten Altenberichtskommission über die Strukturen und die Entwicklung der kommunalen Seniorenpolitik in Dortmund mit Birgit Zoerner (Sozialdezernentin der Stadt Dortmund), Reinhard Pohlmann (Leiter des Fachdienstes für Seniorenarbeit der Stadt Dortmund), Frank Ortmann (Geschäftsführer des Kreisverbands Dortmund des Deutschen Roten Kreuzes und Sprecher der Dortmunder Wohlfahrtsverbände), Prof. Dr. Ernst Wilhelm Schwarze (Mitglied des Seniorenbeirats Dortmund) und Bernd Wortmeyer (Geschäftsleitung DOGEWO21) (8. Juli 2013, Dortmund).

Fachgespräch der Siebten Altenberichtskommission über die Versorgung älterer Menschen in ländlichen Regionen am Beispiel des Landes Brandenburg mit Ulrich Wendte (Leiter des Referats Seniorenpolitik im Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg), Katrin Lange (Amtsdirektorin im Amt Meyenburg), Uta Nebert (Leiterin des Bauamtes und Stellvertreterin der Amtsdirektorin im Amt Meyenburg), Dr. Ilona Weser (Dezernentin für Bildung, Gesundheit und Soziales im Landkreis Oder-Spree), Uwe Behnke (Bürgermeister der Gemeinde Schönfeld) und Helmut Wenzel (Bürgermeister der Stadt Lübbenau/Spreewald) (23. September 2013, Berlin).

Expertengespräche:

Expertengespräch zu niederländischen Bürgervereinen und ihrer Rolle in der Unterstützung und Versorgung älterer Menschen mit Prof. Dr. Henk Nies (Vilans – Zentrum für Langzeitpflege, Utrecht und Universität Amsterdam) (3. Februar 2014, Berlin).

Expertengespräch zu finanziellen Handlungsspielräumen von Kommunen, zur Förderlandschaft und zur kommunalen Finanzentwicklung mit Prof. Dr. Uwe Wagschal (Albert-Ludwigs-Universität Freiburg) und Dr. Markus Eltges (Leiter der Abteilung „Raumordnung und Städtebau", Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, BBSR) (3. Februar 2014, Berlin).

Expertenanhörung zum Thema „Strukturreform Pflege und Teilhabe" mit Dr. Rolf Hoberg (Verwaltungsrat des Wohlfahrtswerks Baden-Württemberg, ehemaliger Referatsleiter im Sozialministerium Baden-Württemberg und ehemaliges Vorstandsmitglied im AOK-Bundesverband) und Gerd Künzel (Präsidiumsmitglied im DRK Landesverband Brandenburg und ehemaliger Abteilungsleiter im Brandenburgischen Sozialministerium) (15. Mai 2014, Berlin).

Workshops:

Workshop zum Thema „Sorgearbeit (Care) und Gender" mit Dr. Sabine Beckmann (Universität Bremen), Dr. Diana Auth (Justus-Liebig-Universität Gießen), Prof. Dr. Hildegard Theobald (Universität Vechta) und Prof. Dr. Margrit Brückner (Fachhochschule Frankfurt am Main) (10. März 2014, Berlin).

Workshop zum Thema „Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung älterer Menschen" mit Prof. Dr. Reinhold Haux (Peter-L.-Reichertz-Institut für Medizinische Informatik, Braunschweig), Dr. Sibylle Meyer (SIBIS – Institut für Sozialforschung und Projektberatung, Berlin), Prof. Dr. Harald Künemund (Universität Vechta), Prof. Dipl.-Inf. Birgit Wilkes (Technische Hochschule Wildau) und Prof. Dr. Hartmut Remmers (Universität Osnabrück) (11. März 2014, Berlin).

Workshop I zum Thema „Daseinsvorsorge“ in Kooperation mit der Sachverständigenkommission des Zweiten Engagementberichts mit Prof. Dr. Claudia Neu (Hochschule Niederrhein), Prof. Dr. Jörg Bogumil (Ruhr-Universität Bochum), Dr. Irene Vorholz (Deutscher Landkreistag), Dr. Steffen Maretzke (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) und Dr. Thomas Meysen (Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V.) (14. Mai 2014, in Berlin).

Workshop II zum Thema „Daseinsvorsorge“ in Kooperation mit der Sachverständigenkommission des Zweiten Engagementberichts mit Prof. Dr. Thorsten Ingo Schmidt (Universität Potsdam), Prof. Dr. Martin Burgi (Ludwig-Maximilians-Universität, München), Uwe Lübking (Deutscher Städte- und Gemeindebund e. V.) und Werner Hesse (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.) (17. Oktober 2014, in Berlin).

Workshop zu einem Entwurf für Empfehlungen aus dem Siebten Altenbericht mit folgenden kommunalen Vertreterinnen und Vertretern: Verena Freund (Bereichsleiterin Senioren im Landratsamt Coburg), Ilona Friedrich (Fachbereichsleiterin Jugend und Familie, Senioren und Soziales, Werra-Meißner-Kreis, Nordhessen), Verena Göppert (Beigeordnete des Deutschen Städtetages), Dr. Thomas Gunzelmann (Seniorenamt, Fachbereich Seniorennetzwerke und Quartiersentwickelung, Stadt Nürnberg), Michael Holzweißig (Planungsregion Oberes Elbtal/Osterzgebirge), Dr. Helga Kreft-Kettermann (Amt für Stadtentwicklung, Stadtplanung, Verkehrsplanung der Stadt Münster), Werner Klöckner (Verbandsbürgermeister der Verbandsgemeinde Daun, Rheinland Pfalz), Dr. Dieter Kraemer (ehem. VBW Bauen und Wohnen GmbH, Bochum), Markus Leßmann (Abteilungsleiter Pflege, Alter, Demografische Entwicklung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, Nordrhein-Westfalen), Uwe Lübking (Beigeordneter Deutscher Städte- und Gemeindebund), Dr. Liane Melzer (Bezirksamtsleiterin Stadtteil Hamburg Altona), Dr. Julia Pfannkuch (Leiterin des Fachbereichs Bürgerservice der Stadt Schleswig), Dr. Wilfried Reckert (ehem. Leiter der Koordinierungsstelle Senioren- und Behindertenbeauftragte der Stadt Gelsenkirchen), Dr. Birgit Richtberg (Bürgermeisterin der Stadt Romrod, Vogelsbergkreis, Hessen), Michael Sack (Bürgermeister der Stadt Loitz, Vorpommern), Hans-Josef Vogel (Bürgermeister der Stadt Arnsberg, Nordrhein-Westfalen) und Dr. Irene Vorholz (Beigeordnete des Deutschen Landkreistages) (18. Februar 2015, Berlin).

Tagungen und Kongresse mit Beteiligung der Kommission (Auswahl)

Fachforum zum Siebten Altenbericht mit Vertreterinnen und Vertretern der Kommission auf dem 8. Demografiekongress Best Age des Behörden Spiegels (27. August 2013, Berlin).

Gemeinsame Fachtagung der Siebten Altenberichtskommission mit Vertretern und Vertreterinnen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) zum Thema „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune“ (8. Juli 2014, Berlin).

Gemeinsames Fachforum der Siebten Altenberichtskommission und der Zweiten Engagementberichtskommission auf dem 9. Demografiekongress Best Age des Behörden Spiegels (27. August 2014, Berlin).

Symposium der Siebten Altenberichtskommission auf dem Gerontologie-Geriatrie-Kongress „Stress und Altern – Chancen und Risiken“ der deutschen, österreichischen und schweizerischen Fachgesellschaften für Gerontologie und Geriatrie (26. September 2014, Halle an der Saale).

Gemeinsame Konferenz „Die Vielfalt gestalten! Senioren- und engagementpolitische Herausforderungen vor Ort“ der Siebten Altenberichtskommission und der Zweiten Engagementberichtskommission (24. November 2014, Berlin).

Fachforum zum Siebten Altenbericht mit Vertreterinnen und Vertretern der Kommission auf dem 11. Deutschen Seniorentag „Gemeinsam in die Zukunft!“ (2. Juli 2015, Frankfurt am Main).

Anhörungen mit Beteiligung der Kommission

Zwei Anhörungen des Kommissionsvorsitzenden Prof. Dr. Andreas Kruse beziehungsweise der stellvertretenden Vorsitzenden der Kommission, Prof. Elke Pahl-Weber, zum Siebten Altenbericht vor dem Bundestagsausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (14. Juni 2013 und 3. Dezember 2014, Berlin).

Anhörung von Kommissionsmitgliedern vor der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege (11. Juli 2014, Berlin).

1. Einleitung

1.1 Der Berichtsauftrag

Die Kommission zur Erstellung des Siebten Altenberichts zur Thematik „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ wurde am 26. November 2012 berufen. Der Auftrag an die Kommission lautete, mit dem Blick auf die Kommune als wichtigste Gewährleistungseinheit der Daseinsvorsorge für die Bürgerinnen und Bürger in ihrem Wohnumfeld, Merkmale einer „zeitgemäßen, aktivierenden lokalen Seniorenpolitik“ herauszuarbeiten. Dabei sollte auch die Frage beantwortet werden, welche Hemmnisse einer sektoren- und ressortübergreifenden Seniorenpolitik entgegenstehen und wie diese abgebaut werden können. Zudem sollte die Kooperation von Akteuren aus verschiedenen gesellschaftlichen Sektoren einer genauen Betrachtung unterzogen und untersucht werden, wie diese in den Bereichen Alltagsunterstützung, Gesundheit und Pflege zu gestalten sei, um die Ressourcen älterer Menschen weiterzuentwickeln und möglichst lange zu erhalten. In diesem Kontext sollten die Möglichkeiten zur Förderung des freiwilligen Engagements von älteren Menschen und für ältere Menschen durch kommunalpolitische Maßnahmen thematisiert werden. Gerade mit Blick auf die Entlastung pflegender Angehöriger und des möglichst langen Verbleibs älterer Menschen im eigenen Wohnumfeld auch bei Unterstützungsbedarf sollte untersucht werden, inwieweit familiale, ehrenamtliche und professionelle Unterstützungsleistungen so kombiniert werden könnten, dass tragfähige Sorgestrukturen entstehen. Hier war der Frage nachzugehen, inwieweit personengebundene Unterstützungsleistungen auch mit technischen Systemen kombiniert werden können. Bei Vorschlägen zur Schaffung lokaler Netzwerke sollte darauf geachtet werden, dass die angeregten Initiativen zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen nachhaltig angelegt sind.

Im Berichtsauftrag wird ausdrücklich anerkannt, dass die Handlungsmöglichkeiten von Kommunen im Komplex von Bund, Ländern und Kommunen grundsätzlich begrenzt sind. Zudem wird berücksichtigt, dass die angespannte finanzielle Situation vieler Kommunen deren Handlungsspielräume deutlich einschränkt. Auch vor diesem Hintergrund sollte die Frage beantwortet werden, wie die Kommunen neue Handlungsspielräume zur Gestaltung der Lebensverhältnisse in einer älter werdenden Gesellschaft erlangen können. Dabei sollte die im Siebten Altenbericht vorgenommene Analyse grundsätzlich die Vielfalt der Lebenslagen älterer Menschen einbeziehen; hier seien auch die spezifischen Belange älterer Menschen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft und mit Migrationsgeschichte zu thematisieren.

1.2 Bezüge zu früheren Kommissionsberichten und weiteren Arbeitsbereichen der Bundesregierung

In seiner Perspektive auf die mit dem demografischen Wandel verbundenen Chancen, Herausforderungen, Gestaltungsaufgaben und Gestaltungsmöglichkeiten knüpft der Siebte Altenbericht an die im Vierten, Fünften und Sechsten Altenbericht herausgearbeiteten Erkenntnisse und künftigen gesellschaftlichen Aufgaben an. Die im Vierten Altenbericht vor dem Hintergrund einer differenzierten Analyse der körperlichen, seelischen und sozialen Situation demenzkranker sowie chronisch erkrankter Menschen im hohen Lebensalter beschriebenen Strategien einer verbesserten Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege sind im Zusammenhang mit der Analyse von Anforderungen an die Gestaltung des Versorgungssystems von zentralem Interesse. Die im Fünften Altenbericht herausgearbeiteten Potenziale des Alters für Wirtschaft und Gesellschaft sind bei der (Weiter-)Entwicklung lokaler Strukturen wie auch bei der Bewältigung der Aufgaben und Anforderungen, mit denen Kommunen (wenn auch zum Teil in sehr unterschiedlichem Maße) im Prozess des demografischen Wandels konfrontiert werden, zu berücksichtigen. Die im Fünften Altenbericht eingenommene Verantwortungsperspektive – sowohl im Sinne der Verantwortung des Individuums für sich selbst (Selbstverantwortung) als auch im Sinne der Verantwortung des Individuums für die Gesellschaft (Mitverantwortung) – wird im Zusammenhang mit der Analyse lokaler Strukturen und kommunaler Anforderungen wieder aufgegriffen (ohne dabei den im Grundgesetz verankerten Finanzierungsauftrag der Kommunen zu relativieren). Die im Sechsten Altenbericht vorgenommene Analyse der Bedeutung von Altersbildern für die Entwicklung und Nutzung von individuellen und gesellschaftlichen Potenzialen des Alters und die Auseinandersetzung mit der Frage, inwieweit Altersbilder nicht nur den Potenzialen des Alters, sondern auch der Verletzlichkeit im sehr hohen Alter gerecht werden, bildet eine wichtige Grundlage für die Analyse von kommunalen Leitbildern, die der Gestaltung und Entwicklung lokaler Strukturen zugrunde liegen.

Darüber hinaus berücksichtigt der Siebte Altenbericht Erkenntnisse und Aspekte weiterer Ressorts der Bundesregierung: So werden Bezüge hergestellt zur Demografiestrategie der Bundesregierung, in der die Sorgestrukturen eine große Bedeutung eingenommen haben, des Weiteren zum Siebten und Achten Familienbericht der Bundesregierung, in denen die Unterstützung der Familie bei der Bewältigung von Hilfe- und Pflegeaufgaben ausführlich thematisiert wurde, zum Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, in dem für das Verständnis von Alter, Altern und älteren Menschen wichtige Aspekte sozialer Ungleichheit aufgezeigt wurden sowie zum Ersten Engagementbericht der Bundesregierung, aus dem sich wichtige Folgerungen zu Möglichkeiten und Grenzen des Engagements älterer Menschen, vor allem mit Blick auf die für das Engagement wichtigen Rahmenbedingungen und notwendigen Ressourcen, ableiten lassen.

1.3 Daseinsvorsorge als Aufgabe der Kommune

Der Siebte Altenbericht steht unter dem Thema „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften". Diese Themenstellung ist dadurch begründet, dass räumlich-dingliche, soziale und infrastrukturelle Kontexte wesentlich die Lebensqualität im Alter beeinflussen: Die Ausbildung und Nutzung von Potenzialen, das Auftreten von Einschränkungen und Verlusten, der individuelle Umgang mit der Verletzlichkeit im hohen Alter wie auch die Aufrechterhaltung eines selbst- und mitverantwortlichen Lebens werden durch die Rahmenbedingungen vor Ort geprägt und damit auch – in Grenzen – gestaltet. Den Kommunen kommt als kleinsten räumlich-politischen Verwaltungseinheiten eine besondere Bedeutung für den Lebensalltag älter werdender Menschen zu. Sie sind der Ort, an dem älter werdende Menschen Verantwortung für ihr eigenes Alter übernehmen, sich für andere Menschen und das Gemeinwohl engagieren und auf diese Weise Sorge und Mitverantwortung verwirklichen. In einer am Prinzip der geteilten Verantwortung orientierten Alten-, Familien- und Generationenpolitik liegt die Bereitstellung und Ausgestaltung einer entwicklungsförderlichen, den Bedürfnissen und Ansprüchen älter werdender Menschen gerecht werdenden lokalen Netzwerk- und Infrastruktur bei den verschiedenen Akteuren auf kommunaler Ebene. Die Aufgaben der Kommune sind jene der Daseinsvorsorge, der Förderung von Selbstbestimmung, der Sicherstellung von Möglichkeiten zu gesellschaftlicher, kultureller, politischer Teilhabe – und dies unabhängig vom gegebenen Ausmaß bestehender Einschränkungen und Verluste auf Seiten des Individuums.

1.4 Chancen und Herausforderungen des demografischen Wandels für die Kommune – eine Doppelperspektive

Kommunen und Regionen unterscheiden sich erheblich in den erwarteten Zu- und Abwanderungen und damit in der Veränderung ihrer Altersstruktur, wie regional differenzierte Bevölkerungsszenarien zeigen. Es wird vermehrt Kommunen geben, in denen eine Abwanderung junger Menschen – zudem mit guten Qualifikationen – beobachtet werden kann, was Konsequenzen für den lokalen Konsum und für Freizeit- und Dienstleistungsangebote haben wird. Daraus ergeben sich für die Kommunen spezifische Chancen (im Falle von Zuwanderungen) beziehungsweise Herausforderungen (im Falle von Abwanderungen), die im Altenbericht differenziert dargelegt werden.

Der Siebte Altenbericht nimmt eine Doppelperspektive ein, die den demografischen Wandel mit Blick auf das höhere und hohe Alter sowohl als Chance wie auch als Herausforderung interpretiert, die also das Alter in seinen Potenzialen wie auch in seiner Verletzlichkeit betrachtet. Die mit den Potenzialen des Alters verbundene Chance für die Kommunen liegt in der Vielfalt von Kompetenz-, Lebens- und Engagementformen, die die ältere Generation schon heute zeigt – wobei das Engagement auch an das Vorhandensein entsprechender Ermöglichungs- und Gelegenheitsstrukturen innerhalb der Kommune gebunden ist. Im Umgang mit dem demografischen Wandel gewinnen die Ressourcen des Alters eine besondere Bedeutung: Zu nennen sind hier zunächst jene älteren Menschen, die über ausreichende finanzielle Ressourcen verfügen, um Dienstleistungen und Waren kaufen und damit den jeweiligen Wirtschaftsstandort stärken zu können. Des Weiteren drücken sich die kognitiven, emotionalen und sozialkommunikativen Ressourcen älterer Menschen in den verschiedenen Formen der Partizipation und des Engagements innerhalb einer Kommune aus. Durch diese Ressourcen können ältere Menschen zum Aufbau und zur Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften beitragen, wodurch die Verwirklichung einer Sorgekultur oder Verantwortungsgemeinschaft gefördert wird.

Die Vielfalt von Kompetenz-, Lebens- und Engagementformen geht auch einher mit sozialen Ungleichheiten in der Verteilung von Teilhabe- und Gestaltungsmöglichkeiten. So wie ältere Menschen mit ausgeprägten Ressourcen unterschiedlichster Art als eine potenzielle Quelle für Sorgestrukturen zu deuten sind, stellen die sozialen, finanziellen und gesundheitlichen Risikolagen im Alter, denen mit besonderen Hilfeleistungen durch die öffentliche Hand begegnet werden muss, eine Herausforderung für Kommunen dar. Eine weitere Herausforderung liegt in der Tatsache, dass vor allem mit der zunehmenden Anzahl hochbetagter Menschen die Verletzlichkeit im Alter immer deutlicher in den Vordergrund tritt: Die Anzahl pflegebedürftiger wie auch die Anzahl demenzkranker Menschen wird in Zukunft deutlich anwachsen, und die damit verbundenen sozialen Belastungen sind zu einem wesentlichen Teil von den Kommunen zu tragen. Für einen angemessenen Umgang mit dem Aspekt der Verletzlichkeit des Alters werden mit fortschreitendem demografischem Wandel der Aufbau und die Sicherung von Sorgestrukturen zu zentralen Aufgaben kommunaler Daseinsvorsorge. In diesem Zusammenhang ist auf die Vielfalt an Wohnformen, aber auch an sozialen Netzwerken hinzuweisen, die die heutige ältere Generation auszeichnet und die künftigen älteren Generationen auszeichnen wird. Hier drücken sich die Relevanzen in der Zukunftsplanung von Menschen im mittleren und höheren Erwachsenenalter aus: In der Entscheidung für eine bestimmte Wohnform und in dem Wunsch nach einem tragfähigen sozialen Netzwerk spiegelt sich die Bedeutung der Aufrechterhaltung von Selbstbestimmung und Teilhabe für das höhere und hohe Alter, auch bei Verletzlichkeit, wider. Diese Aspekte müssen daher in der lokalen Politik ausdrücklich berücksichtigt werden.

Die Ausbildung von Ressourcen und deren Nutzung sind auch mit Blick auf die Kommune nicht voraussetzungslos. Sie sind vielmehr an die Existenz von Rahmenbedingungen gebunden. Zu diesen zählt die Daseinsvorsorge, die eine Grundlage für den Aufbau von Ressourcen, mithin für ein Leben in Selbstbestimmung und Teilhabe bildet. Zu diesen zählen weiterhin alle Maßnahmen, die sozialer Ungleichheit entgegenwirken. Hier müssen auch jene strukturellen Gründe erkannt, vermieden und korrigiert werden, die den prekären Lebenslagen zugrunde liegen. Diese Maßnahmen stoßen speziell in jenen Kommunen an Grenzen, die ihrerseits von ausgeprägter regionaler (struktureller) Ungleichheit betroffen sind. Weitere Voraussetzung ist die Schaffung von Gelegenheits- oder Ermöglichungsstrukturen mit Blick auf freiwilliges Engagement und praktizierte Mitverantwortung, was vor allem jenen Kommunen schwerer fallen wird, die aufgrund fehlender finanzieller Spielräume in ihren aktiven Gestaltungsmöglichkeiten eingeschränkt sind.

1.5 Förderung und Erhaltung von Teilhabe unter erschwerten Bedingungen

Die Förderung und Erhaltung von Teilhabe ist als eine der grundlegenden Herausforderungen des demografischen Wandels anzusehen. Teilhabe stellt ein Menschenrecht dar, und zwar in der Hinsicht, dass der Einzelne die Möglichkeit haben muss, an sozial relevanten Institutionen und Einrichtungen gemeinschaftlichen und gesellschaftlichen Lebens teilzunehmen. Teilhabe ist bei hochbetagten Menschen aufgrund körperlicher und möglicherweise auch kognitiver Einbußen erschwert, und so stellt sich angesichts der mit dem demografischen Wandel wachsenden Anzahl hochbetagter Menschen die Frage, inwieweit es Kommunen gelingt, durch Quartiers- und Sozialraumgestaltung sowie durch die Schaffung von Dienstleistungsstrukturen einen Beitrag zur Teilhabe auch jener Menschen zu leisten, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen auf Unterstützung angewiesen sind. Ein weiterer Wandel zeigt sich bezüglich der Familienstrukturen, was sich auf potenzielle Ermöglichungsstrukturen für die Teilhabe älterer Menschen auswirkt. Die mittlere Generation kann nicht mehr in dem Maße wie früher die Versorgung älterer Menschen wahrnehmen, zum einen aufgrund der räumlichen Mobilität, zum anderen aufgrund mangelnder Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hier stellt sich die Frage nach alternativen Netzwerken, die die Sorge für jene älteren Menschen übernehmen, die auf Unterstützung angewiesen sind sowie nach der Kooperation dieser Netzwerke mit professionellen Diensten. Eine solche Kooperation ist bei der Erbringung von Unterstützungsleistungen unerlässlich.

Der demografische Wandel bedeutet nicht zuletzt auch eine Veränderung der Altersstruktur in jenen Gruppen, bei denen größere Risiken mit Blick auf die Aufrechterhaltung von Teilhabe bestehen. Zu nennen sind hier jene Menschen, die in ihrem Lebenslauf benachteiligt wurden, oder Menschen, bei denen aufgrund von Behinderungen Teilhabe nur mittels besonderer Kompensationsleistungen verwirklicht werden konnte, welche zudem mit fortschreitendem Alter zunehmend schwieriger oder infrage gestellt werden. Auch in diesen Gruppen ist ein wachsender Anteil alter und sehr alter Menschen zu erwarten, woraus sich besondere Anforderungen an Teilhabeangebote in der Kommune ergeben und der altengerechten Anpassung der Infrastruktur besondere Bedeutung zukommt.

1.6 Kommunale Leitbilder im Umgang mit Chancen und Herausforderungen des demografischen Wandels

Die Frage, wie Kommunen mit den Anforderungen des demografischen Wandels umgehen, ist nicht alleine eine Frage der finanziellen Ressourcen, sondern auch eine Frage des Leitbilds der Kommune: Inwieweit wird die Bewältigung der Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel ergeben, als ein kommunaler Handlungsauftrag verstanden? Inwieweit eine Kommune in der Lage ist, diesen Handlungsauftrag zu erfüllen, hängt auch davon ab, in welchem Maße sich bisher die dazu nötigen lokalen Strukturen ausbilden konnten und aufgebaut wurden. Aufbau sowie Erhaltung und Weiterentwicklung dieser lokalen Strukturen sind dabei wesentlich durch die Quartiersbeschaffenheit beeinflusst. Dazu gehören die Lage des Quartiers, seine Anbindung, die vorhandene Dienstleistungsstruktur und die Partizipationsmöglichkeiten. Zudem spielen die Wohnqualität (auch in ihrem Einfluss auf Selbstständigkeit) und die Wohnumfeldqualität in ihrer Bedeutung für den Zugang zu Partizipationsmöglichkeiten eine zentrale Rolle.

Die mit dem demografischen Wandel verbundenen Veränderungen in der Altersstruktur stellen die Kommune darüber hinaus vor die Aufgabe, nicht nur für die Älteren, sondern auch für die Jüngeren ein attraktiver Wohnort zu bleiben. Durch die wachsende Anzahl älterer Menschen steigt die Nachfrage nach Dienstleistungs- und Partizipationsangeboten, die auf die Bedarfe und Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind. Dies darf jedoch nicht zu einer Vernachlässigung der Bedürfnisse jüngerer Menschen in den Bildungs- und Freizeitangeboten sowie Beschäftigungsmöglichkeiten führen. Es ist zu bedenken, dass die Bedürfnisse jüngerer Menschen in Bezug auf die Sozialraumgestaltung nicht immer mit den Bedürfnissen älterer Menschen übereinstimmen. Der Siebte Altenbericht berücksichtigt daher ausdrücklich auch die Bedarfe, Bedürfnisse und Präferenzen verschiedener Generationen.

1.7 Die Bedeutung lokaler Strukturen für die Entwicklung einer Sorgekultur

Obwohl angemessene und funktionierende Sorgestrukturen – eine der zukünftigen Herausforderungen der alternden Gesellschaft – in den Fokus gerückt und diskutiert werden, bedeutet dies nicht, ältere Menschen primär als Sorgeempfangende zu betrachten. Vielmehr ist hier die von älteren Menschen ausgehende Sorge für und um andere Menschen wie auch ihre von anderen Menschen erfahrene Sorge gemeint. In diesem Kontext steht vor allem auch das Zusammenwirken von Familien und nachbarschaftlichen beziehungsweise freundschaftlichen Netzwerken im Mittelpunkt: Inwiefern können Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunde, Bekannte sowie freiwillig engagierte Menschen Familien in der Wahrnehmung von Betreuungs-, Hilfe- und Pflegeleistungen unterstützen und damit ihren Beitrag zur Verwirklichung einer Sorgekultur leisten? Der Fokus auf die lokalen, auch informellen Sorgestrukturen bedeutet dabei ausdrücklich nicht, dass die Verantwortung staatlicher Akteure für eine nachhaltige und bedarfsgerechte Versorgung relativiert würde. Es werden sich mehr und vielfältigere Versorgungsbedarfe entwickeln, die ein entsprechend abgestimmtes Versorgungssystem erfordern, in dem die medizinisch-pflegerischen, technischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Angebote in ein Gesamtsystem integriert werden. Dies erfordert erstens die enge Abstimmung zwischen den Leistungserbringern (unter Einbeziehung der Kostenträger), zweitens die stärkere Einbeziehung der Kundinnen und Kunden, die ihre Bedürfnisse artikulieren wollen und sollen, und drittens die stärkere Einbindung der informellen Unterstützungssysteme, also der Angehörigen, Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunde und freiwillig engagierten Menschen. Erst durch ein solches Gesamtsystem, das sowohl auf Autonomie als auch auf Partizipation gerichtet ist, kann der Wunsch, auch im Falle von Hilfe- und Pflegebedarf in der eigenen Wohnung zu verbleiben, verwirklicht werden. Entsprechend wird im vorliegenden Altenbericht eine differenzierte Perspektive eingenommen, indem sowohl den Unterschieden in den für Kommunen bestehenden Gestaltungsspielräumen als auch der Heterogenität der im Einzelfall im Zusammenhang mit dem Aufbau und der Sicherung von Sorgestrukturen und Verantwortungsgemeinschaften jeweils zu berücksichtigenden Bedarfe und Präferenzen Rechnung getragen wird.

Da die Sorgeverantwortung aus genannten Gründen nicht durch informelle und familiäre Netzwerke allein getragen werden kann, geht der Siebte Altenbericht auch der Frage nach, wie solche Sorgestrukturen durch professionelle Dienste unterstützt werden können. In diesem Kontext stellt sich der Kommune die Aufgabe, den Aufbau und die Sicherung entsprechender lokaler Netzwerkstrukturen zu fördern, und zwar zum einen in Form der Schaffung von einschlägigen Anlaufstellen und Plattformen, die der Vernetzung der Beteiligten förderlich sind, zum anderen in Form der gezielten, aktiven Vernetzung zwischen professionellen Diensten und sozialen Netzwerken.

Die vermehrte Zusammenarbeit hauptamtlicher Akteure aus unterschiedlichen Ressorts und Sektoren wie auch zwischen diesen und freiwillig engagierten Menschen wird schon seit vielen Jahren gefordert, allerdings ohne bedeutenden Erfolg. Dieser Idee der lokalen Netzwerkbildung stehen die zum Teil voneinander abweichenden verbands- und betriebsinternen Arbeitslogiken entgegen. Zudem nehmen sich die Akteure nicht selten als Wettbewerber wahr, und professionell Tätige befürchten durch die Kooperation mit freiwillig Tätigen eine Infragestellung ihrer Kompetenz. Für eine gewinnbringende Zusammenarbeit mangelt es oftmals an einer Kooperations- und Konfliktlösungskultur zwischen professionell und freiwillig Tätigen wie auch zwischen kommunaler Verwaltung und freiwillig Tätigen. Hier entsprechende Anreize zu schaffen, um die Bildung und den Erhalt lokaler Netzwerkstrukturen gezielt zu fördern, ist als wichtige Aufgabe der Kommunen anzusehen. Diese Vernetzungsaufgabe erfordert jedoch entsprechende finanzielle Ressourcen, die Kommunen vielfach nicht vorhalten können. Damit gewinnt auch die Frage an Bedeutung, inwieweit diese Vernetzungsaufgaben – sofern es um die Unterstützung für kranke und pflegebedürftige Menschen geht – durch Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung gefördert werden können.

1.8 Mangelnde finanzielle Ressourcen vieler Kommunen als zentrale Problemlage

Die zunehmenden Veränderungen im Altersaufbau der Gesellschaft, die sich wandelnden Familienstrukturen wie auch die Binnenmigration haben zur Folge, dass Kommunen ihre Gestaltungsaufgaben unter veränderten Rahmenbedingungen wahrnehmen müssen und zudem mit neuen Gestaltungsaufgaben konfrontiert werden. Dabei setzt die Zuordnung neuer Steuerungsverantwortung für die Kommunen eine entsprechende Ressourcen- und Kompetenzausstattung voraus. Die Position der Kommunen als Selbstverwaltungskörperschaft, Verwaltungsbehörde, Sozialleistungsträger und Planungsinstanz für Stadt- und Ortsentwicklung wird deshalb im Siebten Altenbericht auch einer rechts- und verwaltungswissenschaftlichen Analyse unterzogen, die sich mit der Frage der Verteilung von Zuständigkeiten beschäftigt.

Darüber hinaus tragen Kommunen die Finanzierungsverantwortung für zentrale Herausforderungen, die durch den demografischen Wandel entstehen: Sie sind die Träger der öffentlichen Daseinsvorsorge, sie müssen auf sehr unterschiedliche Bedarfe, Bedürfnisse und Präferenzen abgestimmte Wohnungen, Wohnformen und Wohnquartiere bereitstellen (lassen), und sie sind letztlich verantwortlich für die Vorhaltung einer angemessenen Pflege- und Gesundheitsinfrastruktur. Wenn sie sich dabei im Rahmen der Subsidiarität freier und privater Anbieter bedienen, dann bedeutet dies nicht, dass sie dadurch ihre Grundverantwortung abgeben würden. Die Kommunen sind allerdings in sehr unterschiedlichem Maße in der Lage, diese Finanzierungsverantwortung faktisch wahrzunehmen. Die Auswirkungen des demografischen Wandels machen die finanziellen Ressourcen in noch stärkerem Maße zu einem zentralen Thema der Kommunen.

Dabei besteht eine hohe Heterogenität der Kommunen mit Blick auf die kommunale Haushaltslage. In den meisten Kommunen ist die Haushaltslage angespannt. Manche Kommunen weisen eine so hohe Verschuldung auf, dass sie die Haushaltskonsolidierung nicht mehr aus eigener Kraft schaffen können: Alle Sparmöglichkeiten sind ausgeschöpft, Spielräume auf der Ausgabenseite bestehen nicht mehr, sodass diese Kommunen im Grunde mit Hilfe der Länder oder des Bundes entschuldet werden müssten. Diese Verschuldung darf nicht verallgemeinernd damit erklärt werden, dass die Kommunen über ihre Verhältnisse gelebt hätten. Es ist auch zu bedenken, dass viele verschuldete Kommunen in strukturschwachen Regionen liegen und deshalb nur über geringe Einnahmen verfügen. Der Zusammenhang zwischen langfristigen wirtschaftsstrukturellen Problemen einer Region und kommunaler Verschuldung ist erwiesen. Demografische Faktoren treten hinzu und verschärfen die Lage, wenn aufgrund geringer Wirtschaftskraft und schlechter Arbeitsmarktlage Menschen abwandern. Auch wenn in letzter Zeit vermehrt darauf hingewiesen wird, dass sich die Haushaltslage der Kommunen in den vergangenen Jahren positiv entwickelt habe, so darf diese Aussage nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Kommunen auch heute noch auf eine schlechte Haushaltslage blicken; vor allem aber darf nicht angenommen werden, dass sich die Heterogenität der Kommunen mit Blick auf wirtschaftliche, soziale und demografische Bedingungen verringert hätte. So überrascht nicht, dass aus vielen Kommunen zu vernehmen ist, dass die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen nicht mehr ausreichen, um die Aufgaben der Daseinsvorsorge verantwortlich wahrzunehmen. Die durch den demografischen Wandel hinzukommenden Anforderungen werden diese Kommunen noch weiter fordern.

Die demografischen Anforderungen an die Kommunen sind dabei immer auch als Forderung an Bund und Länder zu verstehen, die Kommunen in stärkerem Maße mit finanziellen Ressourcen auszustatten, damit diese ihre Aufgaben über die grundlegenden Elemente der Daseinsvorsorge hinaus zu erfüllen in der Lage sind. Die Thematik

des Siebten Altenberichts „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ berührt in hohem Maße die über die klassische Daseinsvorsorge hinausgehende Mitgestaltungskompetenz und -bereitschaft der Kommunen, die an die faktisch gegebenen finanziellen Ressourcen einer Kommune gebunden sind. Die Rolle des Bundes und der Länder bei der Haushaltskonsolidierung der Kommunen ist zwar durch das Gebot der kommunalen Eigenständigkeit begrenzt. Zudem sind bei allen Forderungen nach deutlich stärkerer finanzieller Unterstützung der Kommunen auch die jeweiligen Gestaltungskompetenzen des Bundes und der Länder zu berücksichtigen. Gleichwohl erscheint es vor dem Hintergrund der angespannten finanziellen Lage vieler Kommunen als dringend geboten, gesetzliche Grundlagen für eine deutlich stärkere (direkte oder indirekte) Unterstützung der Kommunen durch Bund und Länder zu schaffen, um sicherzustellen, dass die Kommunen ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge nachkommen können und zugleich über die notwendigen Ressourcen verfügen, um in ausreichendem Maße mitgestaltend im öffentlichen Raum wirken zu können.

1.9 Grundlegende Überlegungen und Analysethemen der Kommission

Die Aufgaben, die mit dem Berichtsauftrag an die Kommission gestellt wurden, sind aus mehreren Gründen komplex.

Erstens ist die Entwicklung einer querschnittsorientierten lokalen Seniorenpolitik, die nicht nur sektorenübergreifend angelegt sein sondern zugleich Anreize zu vermehrter Kooperation der verschiedensten Akteure in einer Kommune definieren soll, anspruchsvoll: muss sich eine derartige Politik doch mit zahlreichen Hemmnissen auf Seiten der verschiedenen Sektoren und Akteure auseinandersetzen und überzeugende Argumente erarbeiten, die den von den verschiedenen Akteuren eingenommenen Perspektiven und den vor Ort bestehenden Usancen zum Teil widersprechen.

Zweitens ist die angesprochene Kooperation zwischen kommunaler Verwaltung und professionell Tätigen einerseits sowie freiwillig Engagierten andererseits sehr viel anspruchsvoller, als dies in Forderungen nach einer weiteren Ausweitung des freiwilligen Engagements gemeinhin angenommen wird. Es müssen nicht nur Rahmenbedingungen für diese Kooperation geschaffen werden, sondern das freiwillige Engagement ist zudem an eine ausreichende Ressourcenausstattung freiwillig Engagierter gebunden; zudem müssen potenzielle Konflikte zwischen hauptamtlich beziehungsweise professionell Tätigen und freiwillig Tätigen ausdrücklich berücksichtigt und Methoden der Konfliktlösung erarbeitet werden.

Drittens wird im Berichtsauftrag vom Aufbau und der Sicherung „zukunftsfähiger Gemeinschaften“ gesprochen. Hier ist darauf hinzuweisen, dass die Idee zukunftsfähiger Gemeinschaften ausdrücklich nicht im Sinne eines Rückzugs staatlicher Akteure aus der Verantwortung für die Versorgung bedürftiger Menschen gemeint ist. Diesbezüglich stellt sich zudem die Frage, inwieweit heutzutage im Kontext von Hilfe und Pflege überhaupt von Gemeinschaften gesprochen werden kann, ist doch zu bedenken, dass sich oftmals nicht einmal Familien als „Gemeinschaft“ begreifen, wenn Verantwortung für die Pflege eines Angehörigen übernommen werden muss, geschweige denn Nachbarinnen und Nachbarn und Bekannte. Noch anspruchsvoller ist der Gemeinschaftsgedanke, wenn es um die Zusammenarbeit von Angehörigen, Nachbarinnen und Nachbarn und Bekannten mit freiwillig Engagierten geht, die in einer Kommune für dieses Engagement bereitstehen. Und schließlich ist zu bedenken, dass in die verschiedenen Formen der Kooperation professionell Tätige integriert werden müssen: Diese Integration kann sich im Hinblick auf den Gemeinschaftsgedanken als förderlich erweisen, sie kann aber auch mit den bereits genannten Konflikten einhergehen. Aus Sicht der Kommission erscheint es zielführend, sich weniger auf die Frage zu konzentrieren, inwieweit im Kontext von Hilfe, Unterstützung und Pflege von „Gemeinschaften“ gesprochen werden kann, als deren Teil sich die unterstützenden Personen in ihrem Selbstverständnis auch ausdrücklich begreifen. Vielmehr ist entscheidend, wie sich unter sehr verschiedenartigen Bedingungen in den verschiedenen Kommunen, Quartieren, sozialen und kulturellen Milieus tragfähige Sorgestrukturen etablieren können, die auf einem Mix von professionellen, familiären und freiwilligen Hilfeleistungen gründen. Dabei ist zu klären, durch welche konkreten Rahmenbedingungen die Ausbildung solcher Sorgestrukturen gefördert wird. Besonderes Augenmerk ist auf jene Kommunen und Quartiere zu richten, die in verschiedener Hinsicht benachteiligt sind, denn für diese Kommunen ist die Schaffung nachhaltiger Sorgestrukturen mit erhöhten Anforderungen verbunden.

Viertens ist zu bedenken, dass eine große Heterogenität der Kommunen hinsichtlich der wirtschaftlichen und demografischen Rahmenbedingungen, schließlich auch mit Blick auf mögliche soziale Problemlagen besteht.

Hinzu kommt die Heterogenität der Lebenslagen älterer Menschen, die verallgemeinernde Aussagen über funktionierende Sorgestrukturen noch einmal erschweren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zwischen den Kommunen nicht nur heute große Unterschiede bestehen. Auch in Zukunft werden die Kommunen in unterschiedlichem Maße mit den Folgen des demografischen Wandels konfrontiert sein. Die Sorgestrukturen vor Ort müssen deshalb stetig angepasst werden. Des Weiteren bestehen nicht nur erhebliche Unterschiede zwischen, sondern auch innerhalb der einzelnen Kommunen: Im Bestand und in der Ausgestaltung lokaler Strukturen und Netzwerke sind Chancen und Risikolagen älter werdender Menschen ungleich verteilt. Dies bedeutet letzten Endes, dass – jenseits aller vorsichtigen Generalisierung, die im Siebten Altenbericht vorgenommen wird – letztlich jede Kommune ihr eigenes Handlungskonzept entwickeln und weiterführen muss.

Bei der Bearbeitung der im Berichtsauftrag angesprochenen Themen setzt die Sachverständigenkommission des Siebten Altenberichts somit folgende Analyseschwerpunkte und -perspektiven:

(1) **Daseinsvorsorge:** Die Auseinandersetzung mit dem Thema Daseinsvorsorge wird von der Kommission als zentrale Aufgabe der Kommunen verstanden, wobei hier sowohl die Schaffung infrastruktureller Rahmenbedingungen als auch die Sicherung sozialer Leistungen angesprochen sind, die für ein Leben in Selbstbestimmung und Teilhabe grundlegende Bedeutung haben. Dabei ist nicht nur zu klären – unter anderem in Bezug auf die spezifische Ausgestaltung der Selbstbestimmungs- und Teilhabebedürfnisse –, auf welche infrastrukturellen und sozialen Maßnahmen der Kommunen Menschen Anspruch haben. Genauso wichtig ist die Antwort auf die Frage, welche Ressourcen Kommunen benötigen, um auf diese Bedürfnisse reagieren zu können, und wie die Daseinsvorsorge auch vor dem Hintergrund regionaler und sozialer Ungleichheiten gesichert werden kann.

(2) **Subsidiarität:** Die Sachverständigenkommission orientiert sich in ihren Analysen weiterhin am Prinzip der Subsidiarität. Schon bei einer genaueren Betrachtung des Berichtsauftrags wird eine derartige Analyseperspektive nahegelegt, da in diesem von Staat, Kommune, professionell Tätigen, familiären und außerfamiliären Netzwerken gesprochen wird – somit von Einheiten, deren Zusammenwirken als ein zentrales Element der Subsidiarität zu verstehen ist. Doch über diese naheliegende Analyseperspektive hinaus erweist sich das Subsidiaritätsprinzip für den Siebten Altenbericht auch in anderer Hinsicht als hilfreich: Es nimmt seinen Ausgang von der Daseinsvorsorge, mithin von der Bereitstellung infrastruktureller und sozialer Ressourcen durch Kommune und Staat, die für ein Leben in Selbstbestimmung und Teilhabe grundlegend sind. Zudem thematisiert das Prinzip die Selbstverantwortung, aber auch die Mitverantwortung des Individuums und seines sozialen Netzwerks, dabei ausdrücklich berücksichtigend, dass das Individuum und sein soziales Netzwerk über Ressourcen verfügen müssen, um Selbstverantwortung und Mitverantwortung übernehmen zu können. Gerade auch im Zusammenhang mit der Übernahme von Verantwortung in Sorgestrukturen stellt sich die Frage, inwieweit entsprechende Leistungen auf individuelle Präferenzen oder geschlechtsspezifische Rollenerwartungen zurückgehen und im Vergleich zu anderen Tätigkeiten (z. B. Erwerbsarbeit) angemessen gewürdigt und honoriert werden. Und schließlich ist das Subsidiaritätsprinzip von analytischer Bedeutung, wenn es um das Wechselverhältnis zwischen Staat, Wohlfahrtsverbänden und Markt geht – ein Verhältnis, das in den letzten Jahren Veränderungen unterlag und künftig vermutlich weitere Veränderungen erfahren wird. Ein zentraler Aspekt des Konzepts der Subsidiarität liegt gerade darin, dass der Staat die Ressourcen bereitstellen muss, die kleinere soziale Einheiten und Individuen überhaupt erst zur Selbsthilfe befähigen. Auch im Konzept der Subsidiarität nimmt der Staat also eine starke Rolle ein, denn Subsidiarität setzt hohe Aktivitäten des Staates voraus. Der Staat kann jedoch nicht alle Aufgaben allein lösen, sondern ist vielmehr auf andere Akteure und deren Ressourcen angewiesen. Hier kommt den Kommunen, den Wohlfahrtsverbänden, aber auch dem freiwilligen Engagement große Bedeutung zu. Dabei ist zu thematisieren, dass jene Menschen, die mit vielen Ressourcen ausgestattet sind, auch eine gewisse Verpflichtung haben und verspüren, sich vermehrt für das Gemeinwohl einzusetzen. Damit wird ein Beitrag zu Solidarität und Gerechtigkeit geleistet, die – wenn auch eher indirekt – im Berichtsauftrag angesprochen sind.

(3) **Lebenslagen:** Einen Ausgangspunkt des Siebten Altenberichts bildet die Verschiedenartigkeit von Lebenslagen im Alter, wie sie sich mit Blick auf finanzielle Ressourcen und Bildungsressourcen, auf Wohnbedingungen und soziale Netzwerke sowie auf Gesundheit und Selbstständigkeit im Alltag zeigt. Eine Analyse von Sorgestrukturen darf an dieser Verschiedenartigkeit von Lebenslagen nicht vorbeigehen, sondern muss diese in zentraler Weise in den Blick nehmen: Inwieweit beeinflussen verschiedene Lebenslagen das Eingebundensein in Sorgestrukturen und den Erhalt wie auch das Geben von Unterstützung? Inwieweit schaffen und begrenzen sie Möglichkeiten des Engagements? Bezug nehmend auf die Verschiedenartigkeit von Lebenslagen ist auch Frauen und Männern mit Migrationshintergrund besondere Aufmerksamkeit zu schenken: Inwieweit finden sich hier im Hinblick auf die Etablierung und Erhaltung von Sorgestrukturen Besonderheiten?

(4) **Genderperspektive:** Auch und gerade mit Blick auf das Kommissionsthema „Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ ist die Genderperspektive wichtig. Empirische Befunde deuten darauf hin, dass Sorgeaufgaben in familiären und außerfamiliären Netzwerken primär von Frauen erbracht werden. Zugleich lässt sich zeigen, dass im höheren Lebensalter vor allem Frauen von sozialer Ungleichheit betroffen sind. Hier stellt sich zunächst die Frage, inwiefern das familiäre und außerfamiliäre Engagement von Frauen Ausdruck eines Gestaltungsmotivs oder aber primär Ergebnis von Erwartungen darstellt, die von der Familie, aber auch der Gesellschaft an Frauen herangetragen werden, und zwar in dem Sinne, dass Sorge-, vor allem aber Pflegeaufgaben „ganz natürliche“ Frauenaufgaben seien. Zugleich ist zu untersuchen, ob sich hinsichtlich der Verantwortung in Sorgestrukturen allmählich eine Veränderung im Geschlechterverhältnis zeigt. So weisen Befunde aus empirischen Studien zur Familienpflege darauf hin, dass sich mehr und mehr Männer in der Pflege engagieren – wobei auch hier zwischen Gestaltungsmotiv und Ergebnis von Erwartungen zu differenzieren ist.

(5) **Heterogenität von Kommunen und Quartieren:** Einen weiteren Ausgangspunkt des Berichts bildet die Heterogenität der Regionen, Kommunen und Quartiere; diese Unterschiede sollen im Bericht akzentuiert werden, da sie die Gestaltungs- und Handlungsmöglichkeiten der Kommunen mit Blick auf die Schaffung von Sorgestrukturen in hohem Maße mitbestimmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich Unterschiede auf die Lebenslagen und Lebensbedingungen auswirken – zu denken ist hier zum Beispiel an Möglichkeiten der Bildung, der Teilhabe, der Gesundheitsversorgung und an die Wohnqualität. Der Bericht soll dabei politische Entscheidungsträger wie auch die breitere Öffentlichkeit dafür sensibilisieren, dass an manchen Orten die Rahmenbedingungen so unzureichend sind, dass die Daseinsvorsorge – und damit verknüpft die Teilhabe – nicht mehr in ausreichendem Maße gewährleistet ist. Die sehr unterschiedlichen Situationen, in denen sich verschiedene Kommunen befinden, erfordern ein entsprechend differenziertes politisches Handeln. Die Sachverständigenkommission richtet das Augenmerk daher vor allem auf Regionen, Kommunen und Quartiere, in denen die Problemlagen besonders stark ausgeprägt und die Handlungsspielräume klein sind. Sie sollen als Prüfsteine für Konzepte, Ideen und Empfehlungen dienen.

2. Daseinsvorsorge und kommunale Verantwortung

2.1 Einführung

Das verfassungsrechtlich angelegte Sozialstaatsprinzip sichert den Menschen in Deutschland im Einklang mit der Wahrung der Menschenwürde eine nach ihren Bedürfnissen gestaltete Unterstützung und Förderung zu, die ihnen ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft ermöglicht. Staat und Kommune stehen in der Verantwortung, die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu bieten. Das gilt nach den in der Altenberichtskommission gewonnenen Erkenntnissen für die Existenzsicherung, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, die Versorgung mit Energie, für Mobilität, für angemessenen Wohnraum, für soziale und politische Teilhabe, für Gesundheits- und Pflegesicherung, für ein sorgendes Umfeld in Familie und Nachbarschaft und vieles mehr. Gerade im Alter sind diese Grundbedingungen für ein gutes Leben von besonderer Bedeutung. Alte Menschen sind verletzlicher als Menschen in anderen Lebensphasen und deshalb in besonderer Weise auf Leistungen der Daseinsvorsorge angewiesen. Diese müssen daher „vor Ort", also im unmittelbaren Bereich der auf Hilfe und Unterstützung angewiesenen Menschen, erfüllt werden. Es ist somit in erster Linie eine Aufgabe der Kommunen, diese Rahmenbedingungen der Daseinsvorsorge zu ermitteln und zu erfüllen. Sie benötigen für diese umfassende Aufgabe die Mithilfe des einzelnen Menschen, der familiären und der zivilgesellschaftlichen Gemeinschaften sowie der Länder und des Bundes. Die Daseinsvorsorge ist somit eine Gemeinschaftsaufgabe, die sich unter Berücksichtigung der Anforderungen und Möglichkeiten ständig wandelt. Sie ist auch und gerade vor diesem Hintergrund ein typisches und bedeutendes Element einer solidarischen Gemeinschaft. Dabei bleibt der Begriff der Daseinsvorsorge rechtlich nur vage umrissen und die Praxis der Daseinsvorsorge oft unübersichtlich. Aus diesem Grund sollen Begriff und Praxis der Daseinsvorsorge im Folgenden zunächst genauer beleuchtet werden; vor diesem Hintergrund soll dann im Anschluss die Rolle der Kommunen bei der Ausgestaltung von Daseinsvorsorge für ein gutes Leben im Alter genauer bestimmt werden.

2.2 Die Entwicklung des Begriffs der Daseinsvorsorge[1]

Ganz allgemein umfasst Daseinsvorsorge die öffentlichen Güter und Dienstleistungen, die dem Gemeinwohl und der Lebensentfaltung der Menschen dienen. Dazu zählen etwa die Wasserversorgung, die Abwasser- und Abfallentsorgung, die Elektrizität oder auch soziale Dienste in den Bereichen Bildung, Gesundheit und soziale Sicherung. Schon im 19. Jahrhundert dienten die öffentlichen Dienstleistungen der wirtschaftlichen und sozialen Kohäsion (Ambrosius 2008). Ein differenziertes Konzept der Daseinsvorsorge fehlt allerdings genauso wie eine eindeutige Zuordnung von konkreten Diensten und Leistungen zur öffentlichen Daseinsvorsorge.

Der Begriff der Daseinsvorsorge ist von Ernst Forsthoff in den späten 1920er Jahren in die deutsche Verwaltungswissenschaft eingeführt worden. Dabei war der Begriff zunächst beschränkt auf die Bereitstellung existenziell notwendiger Leistungen und Güter für den Einzelnen. Bis in die frühen 1970er Jahre hat Forsthoff den Begriff und die Vorstellung von Daseinsvorsorge in seinen Schriften jedoch zunehmend ausgedehnt und variantenreich weiterentwickelt. Dem folgend lässt sich die Daseinsvorsorge dem Umfang und dem Gegenstand der Leistung nach in drei Kategorien differenzieren, deren Bewertungsmaßstäbe jedoch nicht klar definiert sind (Forsthoff 1971):

1. Es gibt einen „engen" Begriffsumfang, der Daseinsvorsorge auf die Befriedigung der elementaren Bedürfnisse des Menschen beschränkt. Die notwendigen Leistungen sind die Leistungen des Staates, die für das menschliche Überleben erforderlich sind. Heute würde man sie als Grundversorgung bezeichnen.
2. Der „mittlere" Begriffsumfang schließt die Befriedigung gehobener Bedürfnisse durch Leistungen ein, die dem Leben in der Gesellschaft förderlich sind. Es ist das, was technisch und finanziell möglich ist und zu einem modernen Leben dazugehört.
3. Vom „weiten" Begriffsumfang werden schließlich auch die Leistungen erfasst, die das Leben „verschönern" und abrunden.

---

[1] Grundlage der Abschnitte 2.2 bis 2.4 ist die Expertise „Daseinsvorsorge" von Prof. Dr. Thorsten Ingo Schmidt im Auftrag der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Zweiten Engagementberichts der Bundesregierung (Schmidt 2014).

Dabei bleibt die Bestimmung schwierig, welche Güter und Dienstleistungen der Daseinsvorsorge mit welchen Standards existenziell notwendig sind. Es gibt keine eindeutige zusammenfassende Festschreibung der existenziellen Mindestgüter. Man muss sich diese in der Verfassung und den Gesetzen mühsam zusammensuchen. Neben den Universaldienstleistungen Energieversorgung, Post und Telekommunikation betrifft die Daseinsvorsorge heute vor allem die technischen Basisinfrastrukturen wie Wasserversorgung, Abwasser- und Müllentsorgung, Wohnungswirtschaft, Verkehr sowie die Bereiche Bildung, Gesundheit und öffentliche Sicherheit und Ordnung (Linke 2011: 80). Es gehören aber nicht alle staatlichen Leistungen zur Daseinsvorsorge. Wo die Grenzen der öffentlichen Daseinsvorsorge zu ziehen sind, bleibt unklar. Die Begriffsunschärfen ergeben sich letztlich auch daraus, dass Daseinsvorsorge in einer sich stetig verändernden Gesellschaft erfolgt: Entsprechend den sich wandelnden (technischen) Möglichkeiten, Lebensstandards und -gewohnheiten wird zu unterschiedlichen Zeiten auch unterschiedlich gedeutet und definiert, was als existenziell notwendig erachtet wird. Damit kann sich der Leistungsumfang der Daseinsvorsorge im Lauf der Zeit erweitern oder auch wieder verengen.

2.3 Daseinsvorsorge in der Verfassung

Daseinsvorsorge ist kein Begriff des Verfassungsrechts. Direkte verfassungsrechtliche Vorgaben bestehen nicht. Aus den Grundrechten, der kommunalen Selbstverwaltungsgarantie und den Staatsprinzipien lassen sich aber Vorgaben und ein Rahmen für die Ausgestaltung der Daseinsvorsorge ableiten.

So lässt sich die Erbringung notwendiger Leistungen auf die grundrechtliche Verpflichtung des Staates zurückführen, den Einzelnen gegenüber Leistungen zu erbringen. Zwar haben die Grundrechte in erster Linie eine schützende Funktion, indem sie die Freiheiten des Einzelnen vor Einschränkungen durch hoheitliche Eingriffe bewahren. Staatliche oder kommunale Daseinsvorsorge schränkt aber gerade nicht die persönliche Freiheit ein – im Gegenteil: Sie soll die Entfaltung der Persönlichkeit ermöglichen und damit die Träger der Grundrechte in ihren Rechten und ihrer gesellschaftlichen Teilhabe stärken. Allerdings kann die Unterlassung oder eine nicht ausreichende Daseinsvorsorge Grundrechte einschränken. So lässt sich aus dem Schutz der Mutter (Art. 6 Abs. 4 GG) oder aus dem Schutz der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 Satz 2 GG) die Verpflichtung ableiten, notwendige Leistungen der Daseinsvorsorge zur Gewährung eines Existenzminimums zu gewährleisten. Ähnliches gilt für Leistungen der Daseinsvorsorge wie Gesundheitsversorgung, Pflege, Schule und Bildung, Mobilität oder Kommunikation. Sie schaffen erst die Voraussetzungen für die Einzelnen, ihre grundrechtlichen Freiheiten wahrzunehmen, und begründen die Verpflichtung des Staates, zum Beispiel ein flächendeckendes Gesundheits- oder Schulsystem als wichtiges Gemeinschaftsgut zu garantieren (Kersten, Neu und Vogel 2015: 16). Daran anknüpfend weisen Kersten, Neu und Vogel den Infrastrukturen der Daseinsvorsorge eine verfassungsrechtliche Doppelfunktion zu: Diese gewährleisten die persönliche Entfaltung (Freiheitsentfaltung) des Einzelnen und gewähren allen Bürgerinnen und Bürgern einen Anspruch auf Teilhabe an den Leistungen der Daseinsvorsorge. Unterstrichen wird der Teilhabeanspruch durch den Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und das Diskriminierungsverbot (Art. 3 Abs. 2 und 3 GG, § 1 AGG) (Kersten, Neu und Vogel 2015: 17).

Neben den Grundrechten sind die Staatsziele und Staatsprinzipien für die Gewährung der Daseinsvorsorge relevant. Das Sozialstaatsprinzip umfasst sowohl die Kernbestandteile des Systems der Sozialversicherungen als auch die wesentlichen Elemente der sozialhilferechtlichen Grundsicherung. Beide sind grundgesetzlich garantiert. Neben diesen direkten sozialstaatlichen Ausformungen der Daseinsvorsorge ergeben sich indirekte Bezüge zur Daseinsvorsorge über die drei sozialstaatlichen Dimensionen des sozialen Ausgleichs, der sozialen Sicherheit und der sozialen Gerechtigkeit.

Das Rechtsstaatsprinzip definiert vor allem die Form der Gewährung von Leistungen der Daseinsvorsorge. Aus dem Bundesstaatsprinzip folgt, dass jede hoheitliche Ebene im Rahmen ihrer Kompetenzen Aufgaben der Daseinsvorsorge wahrnehmen kann. Auch zwischen dem Staatsziel des Schutzes der natürlichen Lebensgrundlagen und der Daseinsvorsorge besteht eine enge Beziehung, denn der Schutz der Lebensgrundlagen ist die Voraussetzung für menschliches Leben, was im weitesten Sinne ebenfalls eine Form der Daseinsvorsorge darstellt. Schließlich kann der Daseinsvorsorge neben ihrer wichtigen gesellschaftlichen und gesellschaftspolitischen Funktion auch eine Bedeutung für das Demokratieprinzip der Verfassung zugesprochen werden. Die Ausübung demokratischer Rechte und damit die Teilhabe an politischen Prozessen setzt die ausreichendende Versorgung mit lebensnotwendigen Gütern und Leistungen voraus. Nur wenn ihre Existenz gesichert ist, haben die Stimmberechtigten die Möglichkeit, sich angemessen zu informieren und zu einer ausgewogenen, freien Wahlentscheidung zu kommen (Schmidt 2014: 20). Dies betrifft zum Beispiel gerade auch Entscheidungen über die Bedeutung und die

Ausgestaltung der Daseinsvorsorgebereiche, die in einem demokratisch zu legitimierenden Willensprozess zwischen Bürgerinnen und Bürgern, Gesetzgeber und Verwaltung erfolgen sollten.

Verfassungsrechtlich geschützt sind darüber hinaus einzelne Rechtsgüter, die unmittelbar dem Bereich der Daseinsvorsorge zuzuordnen sind. Dies betrifft die Post- und Telekommunikationsdienstleistungen. Der Bund gewährleistet nach Art. 87f GG seinen Bürgerinnen und Bürgern, dass diese Universalgüter beziehungsweise Universaldienste flächendeckend angemessen und ausreichend bereitgestellt werden. Vergleichbare universelle Versorgungsgarantien lassen sich weder in der Verfassung noch in einfachen Gesetzen finden. Die Ausgestaltung der Grundversorgung in Bereichen wie Verkehr, Schule und Gesundheit bleibt letztlich weitgehend den Gestaltungszielen und -möglichkeiten von Bund, Ländern, Regionen und Kommunen (Landkreise bzw. Gemeinden) überlassen, soweit sie sich im mittlerweile weit gespannten Rahmen der gleichwertigen Lebensverhältnisse (vgl. dazu im Folgenden) bewegen. In Art. 87e GG erkennt das Grundgesetz die Verkehrsbedürfnisse der Bevölkerung als Allgemeinwohlbelang an. Dies gilt allerdings explizit nur für den Eisenbahnverkehr des Bundes, ließe sich aber auch als Konkretisierung des Sozialstaatsprinzips insgesamt für die Mobilitätsbedürfnisse interpretieren (Kersten, Neu und Vogel 2015: 19).

Im Zusammenhang mit der staatlichen Gewährleistung der Daseinsvorsorge wird wiederholt die Regelung über die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in Art. 72 Abs. 2 GG zitiert. Danach hat im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung der Bund das Gesetzgebungsrecht, sobald und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht. Das Gleichwertigkeitspostulat spiegelt sich wider in den grundgesetzlichen Regelungen über das Finanzwesen (Art. 106 GG), den Länderfinanzausgleich (Art. 107 GG), die Gemeinschaftsaufgaben (Art. 91a GG) sowie die Finanzhilfen für bedeutsame Investitionen der Länder und Gemeinden, die zum Ausgleich unterschiedlicher Wirtschaftskraft oder zur Förderung des wirtschaftlichen Wachstums erforderlich sind (Art. 104b GG). Bis zur Verfassungsreform von 1994 sprach das Grundgesetz von der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse, die gewahrt werden sollte. Heutzutage bezieht sich die Regelung ausdrücklich auf die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse. In Art. 93 Abs. 1 GG wird überdies klargestellt, dass die damit verknüpfte Regelungskompetenz des Bundes im Einzelfall gerichtlich überprüft werden kann. Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Urteil aus dem Jahr 2002 (Urteil 2 BvF 1/01) daraufhin die Vielfalt der Lebensverhältnisse in Deutschland gewürdigt und ausdrücklich hervorgehoben, dass die Gleichwertigkeit erst dann nicht mehr gewährleistet ist, wenn sich die Lebensverhältnisse so erheblich auseinanderentwickelt haben oder drohen sich auseinanderzuentwickeln, dass das Sozialgefüge und der soziale Zusammenhalt gefährdet sind (Kersten 2008: 3f.). Das Gleichwertigkeitspostulat im Grundgesetz bezieht sich nach dieser Rechtsprechung lediglich auf eine Mindestversorgung mit regionale Lebensverhältnisse konstituierenden Leistungen der Daseinsvorsorge.

Bezugnehmend auf den Auftrag des vorliegenden Berichts ist vor allem die Frage von Bedeutung, welche Rolle und Verantwortung die Kommune im Zusammenhang mit der Daseinsvorsorge hat. Den Kommunen wird im Grundgesetz eine starke Stellung zugebilligt. Sie haben das Recht, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft in eigener Verantwortung zu regeln, sofern diese nicht per Gesetz bereits anderen Trägern öffentlicher Gewalt übertragen worden sind (Art. 28 Abs. 2 GG). Neben diesem Kernbereich gibt es einen sogenannten Randbereich der kommunalen Selbstverwaltung. Er betrifft alle sonstigen Bereiche kommunalen Wirkens, in die staatliche Eingriffe prinzipiell möglich sind. Die Daseinsvorsorge ist sowohl dem Kernbereich als auch dem Randbereich zugeordnet. Dies bedeutet, dass der Gesetzgeber den Kommunen einzelne Aufgaben der Daseinsvorsorge entziehen kann, sofern er hinreichend Spielraum lässt. Er kann sie aber auch zur Wahrnehmung einzelner Bereiche der Daseinsvorsorge verpflichten (Schmidt 2014: 18f.).

2.4 Daseinsvorsorge in der Gesetzgebung

Daseinsvorsorge ist ein deskriptiver Begriff, der aus den Verwaltungswissenschaften heraus entwickelt wurde. Einen verbindenden rechtlichen Fachbegriff für die Grundversorgung in öffentlicher Verantwortung gab es zunächst nicht. Versorgungs- und Infrastrukturleistungen in der Verantwortung von Staat und Kommunen wurden einzelgesetzlich und im jeweiligen Fachterminus geregelt. Erst mit dem Wandel des Staatsverständnisses, der Liberalisierung und Vereinheitlichung des Wirtschafts- und Vergaberechts auf der europäischen Ebene und der Privatisierung staatlicher Infrastrukturen wie Bahn und Post Anfang der 1990er Jahre wurde die Bezeichnung

Daseinsvorsorge in die Gesetzessprache eingeführt. Daseinsvorsorge diente als deutsche Übersetzung des etablierten französischen Rechtsbegriffes „service publique“ beziehungsweise des englischen Ausdrucks „service of general interest“ (Jellinghaus 2006: 16).

Mittlerweile findet sich der Begriff Daseinsvorsorge sowohl in Bundesgesetzen als auch in Landesgesetzen. Durch diese Verwendung in den Gesetzen wird der deskriptive Begriff in einen juristischen Begriff transformiert und normativ unterlegt. Seine Unschärfe und Vieldeutigkeit hat er damit aber nicht verloren, sondern vielmehr in die Rechtswissenschaften hineingetragen – mit den damit verbundenen Stärken und Schwächen.

Die Gesetzgebung beschränkt sich in bundes- und landesrechtlichen Regelungen oft auf die Feststellung, dass eine Aufgabe zur Daseinsvorsorge gehört. So wird im Wasserhaushaltsgesetz (WHG) die Wasserversorgung als eine der Allgemeinheit dienende Aufgabe der Daseinsvorsorge bezeichnet. Ähnlich ist es im Verkehrsrecht. Das Regionalisierungsgesetz (RegG) bestimmt, dass die Sicherstellung einer ausreichenden Bedienung der Bevölkerung mit Verkehrsleistungen im öffentlichen Nahverkehr eine Aufgabe der Daseinsvorsorge ist. Die ÖPNV-Gesetze der Länder haben diese Formulierung übernommen und weiter inhaltlich ausgestaltet. Die Daseinsvorsorge ist hier also auf einen konkreten Aufgabenbereich bezogen und mit Rechtsfolgen verbunden. Der Begriff der Daseinsvorsorge erscheint hierfür allerdings nicht zwingend erforderlich. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Charakterisierung und konkreten Rechtsfolgen besteht nicht. Die Bezeichnung als Daseinsvorsorge wird vom Gesetzgeber lediglich verwendet, um eine Aufgabe oder Leistung der öffentlichen Verantwortung zuzuordnen (Krajewski 2011: 40).

Andere Gesetze verwenden Daseinsvorsorge als Sammelbegriff, ohne ihn näher zu spezifizieren. Im Umweltinformationsgesetz (UIG) beispielsweise werden Privatpersonen, die Aufgaben der Daseinsvorsorge wahrnehmen, zum Teil den Hoheitsträgern gleichgestellt. Neben der Regierung und den öffentlichen Behörden sind auch natürliche und juristische Personen des Privatrechts zur Information verpflichtet, insbesondere wenn sie umweltbezogene Leistungen der Daseinsvorsorge erbringen. Somit werden mit der Erbringung der Leistungen der Daseinsvorsorge nicht nur besondere Rechte, sondern auch besondere Pflichten verbunden.

Diese hervorgehobene, dem Allgemeinwohl verbundene Stellung der Daseinsvorsorge findet sich auch in anderen Bundesgesetzen und -verordnungen, zum Beispiel in den Gesetzen, die die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern regeln, oder im Raumordnungsrecht. Die Daseinsvorsorge wird explizit im Katalog der Grundsätze der Raumordnung des Raumordnungsgesetzes (ROG) aufgezählt. Danach ist in allen Teilräumen der Bundesrepublik die Versorgung mit Dienstleistungen und Infrastrukturen der Daseinsvorsorge, insbesondere die Erreichbarkeit von Einrichtungen und Angeboten der Grundversorgung für alle Bevölkerungsgruppen, in angemessener Weise zu gewährleisten. Dies gilt ausdrücklich auch für dünn besiedelte Regionen.

Die Gesetze verpflichten in erster Linie die öffentliche Verwaltung von Staat und Kommunen, Leistungen der Daseinsvorsorge zu erbringen beziehungsweise zu gewährleisten. Die Regierung und der Gesetzgeber tragen damit indirekt zur Daseinsvorsorge bei. Eine ähnliche Zuständigkeitsteilung und -vielfalt besteht bei den Kompetenzen, Daseinsvorsorge zu erbringen. Sie umfassen einerseits das Recht, Leistungen der Daseinsvorsorge zu erbringen, andererseits die Pflicht, diese Leistungen auch anzubieten. So hat zum Beispiel keine Gesetzgebungsebene die alleinige Zuständigkeit für die Daseinsvorsorge, sondern Bundes- und Landesgesetze sowie kommunale Satzungen wirken zusammen. Je notwendiger eine Leistung ist, desto größer ist üblicherweise die gesetzliche Regelungsdichte.

2.5 Daseinsvorsorge und das Recht der Europäischen Union

Nicht nur bundesdeutsche Gesetze spielen für die kommunale Daseinsvorsorge eine Rolle, sondern auch die europäische Gesetzgebung. Es ergeben sich daraus Konflikte aus dem Spannungsfeld des gemeinwohlorientierten Grundverständnisses von Daseinsvorsorge und der europarechtlich garantierten Wettbewerbsfreiheit. Im europäischen Primärrecht sind die Grundfreiheiten des freien Verkehrs von Waren, Arbeitskräften, Dienstleistungen, Kapital und Zahlungen gewährleistet. Zudem gibt es strenge Wettbewerbs- und Vergabevorschriften und ein grundsätzliches Verbot von Beihilfen, die für die Daseinsvorsorge eigentlich notwendig wären. Im Europarecht gibt es weiterhin die Unterscheidung zwischen „Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse“ und „Dienstleistungen von allgemeinem Interesse“. Alle Dienstleistungen, für die es einen Markt gibt, sind demnach der ersten Gruppe zuzuordnen. Zur zweiten Gruppe gehören alle nichtwirtschaftlichen Dienstleistungen. Dienste von allgemeinem Interesse müssen auch dann erbracht werden, wenn die Marktanreize nicht ausreichen (Fuchs 2005: 3). Die Zuordnung konkreter Leistungen zu diesen Kategorien ist jedoch schwierig. Sie ist auch

nicht immer grundsätzlich bestimmbar, da die Zuordnung letztlich vom Markt beziehungsweise vom unternehmerischen Tätigwerden abhängt. Grundsätzlich könnten auch soziale und kulturelle Dienstleistungen im weitesten Sinne zu wirtschaftlichen Dienstleistungen werden, zum Beispiel das Angebot einer Kindertagesstätte oder Bildungs- und Weiterbildungsangebote (Lattmann 2009: 423). Desgleichen fällt es schwer, exakt zwischen einer erwerbsorientierten und einer gemeinwohlorientierten Leistungserbringung zu trennen (Ambrosius 2008: 527). Es ist jedoch nicht erforderlich, die Art der Leistungserbringung von vornherein zu bestimmen. Für die Kommunen stellt sich aufgrund dieser Unterscheidung die Frage, ob die Leistung dem Wettbewerbsrecht unterliegt und ausgeschrieben werden muss. Gleichzeitig und im Kontrast dazu steht den deutschen Kommunen das Recht auf Eigenerbringung von Dienstleistungen zu. Sie können ihre Gemeinwohlziele definieren und umsetzen, im Idealfall möglichst bürgernah. Im Rahmen der rechtlichen Vorgaben können sie die Leistungen der Daseinsvorsorge selbst oder durch eigene Unternehmen und ohne Ausschreibung bereitstellen. Dahinter steht die Idee, dass vor Ort am besten entschieden werden kann, welche Verpflichtungen die Kommune im Interesse der Bürgerinnen und Bürger eingehen sollte.

Insgesamt ergibt sich damit eine gewisse Spannung zwischen dem europäischen Wettbewerbsrecht und dem Recht der Mitgliedsstaaten, die Daseinsvorsorge beziehungsweise öffentliche Dienste auf regionaler oder nationaler Ebene zu bestimmen. Einerseits gelten die wettbewerbsrechtlichen Regelungen der europäischen Gründungsverträge auch für die Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse, unabhängig von der gewählten Organisationsform (Art. 106 AEUV). Andererseits sichert der Vertrag über die Europäische Union (EUV) im Art. 4 EUV den Mitgliedsstaaten ihre nationale Identität und ihre grundlegenden politischen und verfassungsrechtlichen Strukturen zu. Dazu wird auch die regionale und lokale Selbstverwaltung gezählt. Diese schließt wiederum die kommunale Daseinsvorsorge ein. Dieser Konflikt zwischen EU und dem deutschen System ist derzeit ungelöst, wenngleich das Europäische Parlament mehrfach die Bedeutung der lokalen und regionalen Gebietskörperschaften für bürgernahe Dienstleistungen von allgemeinem Interesse betont hat (Hieronymi 2009: 443). Die Abgrenzung und Zuordnung der einzelnen Daseinsvorsorgeleistungen nach Erwerbs- und Gemeinwohlorientierung ist zwischen der EU und Deutschland immer wieder Gegenstand politischer Auseinandersetzungen. Die Träger der deutschen Daseinsvorsorge (öffentlich-rechtliche Rundfunkanstalten, Wohlfahrtsverbände, kommunale Spitzenverbände, Verbände kommunaler Unternehmen, Kulturverbände u. a.) haben zur Unterstützung ihrer Position gegenüber Politik und Verwaltung daher das „Bündnis für Gemeinnützigkeit“ gebildet.[2]

Nur im auslegenden Protokoll über die Dienste von allgemeinem Interesse (zu Art. 14 AEUV) wird eine Funktionsgarantie der EU für Dienste von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse gegeben. Diese Garantie bezieht sich auf die folgenden vier Punkte:

1. Die nationalen, regionalen und lokalen Behörden haben einen Ermessensspielraum, welche Dienste von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse sie zur Verfügung stellen, in Auftrag geben oder organisieren.
2. Dieser Spielraum soll ausdrücklich der Vielfalt der Bedarfe und Möglichkeiten angesichts der unterschiedlichen geografischen, sozialen und kulturellen Verhältnisse in der Union Rechnung tragen.
3. Es wird explizit ein Kriterienkatalog für die Dienste von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse vorgegeben. Diese Kriterien sind Qualität, Sicherheit, Bezahlbarkeit sowie die Gleichbehandlung und Förderung des universellen Zugangs und der Nutzerrechte.
4. Die Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten, nichtwirtschaftliche Dienste von allgemeinem Interesse zur Verfügung zu stellen, wird in keinem Fall infrage gestellt (Schmidt 2014: 51).

In den letzten beiden Punkten geht es um den Schutz des Gemeinwohls beziehungsweise der Gemeinwohlverpflichtungen. Jedermann soll den Zugang zu bestimmten Diensten haben, die als essenzielle Leistungen gelten und angeboten werden müssen: technische Sicherheit, Netzzugang, Leitungs- und Straßenerschließung oder die Sicherung der Grundversorgung.

---

[2] http://www.buendnis-gemeinnuetzigkeit.org/ (Zugriff am 3. Oktober 2015).

2.6 Daseinsvorsorge und Raumentwicklung

Die Diskussionen um den Begriff Daseinsvorsorge waren bis in die 1990er Jahre verwaltungsrechtlich geprägt und verliefen weitgehend innerhalb der Wissenschaft und der kommunalen Praxis. Erst mit der öffentlichen Diskussion um den demografischen Wandel und seine Folgen für die regionalen Lebensverhältnisse wurden auch die gesellschaftliche Relevanz der Daseinsvorsorge und ihr Raumbezug deutlich. Sowohl technische als auch soziale Angebote und Einrichtungen der Daseinsvorsorge sind an den Raum gebunden und konstituieren wiederum den Raum. Aufwand und Organisation technischer und sozialer Infrastrukturen werden von den topografischen und siedlungsstrukturellen Bedingungen der Region geprägt, die versorgt werden soll. In dünn besiedelten ländlichen Regionen ist der Aufwand für Straßenerschließung, Wasserversorgung, für den öffentlichen Personenverkehr oder die Organisation des Rettungsdienstes größer als in verdichteten Stadtregionen. Umfang, Qualität und Erreichbarkeit der Einrichtungen der Daseinsvorsorge wiederum prägen die Qualität einer Region, Stadt oder Gemeinde als Lebens-, Freizeit- und Wirtschaftsraum.

Letztlich funktioniert die Daseinsvorsorge im Raum vorrangig durch Versorgungsnetze. Bei netzbasierten Infrastrukturen wie Leitungen, Breitband, Straßen und ÖPNV ist dies offensichtlich. Über diese Netze ergibt sich aber auch die Erreichbarkeit und Nutzung der nicht unmittelbar netzbasierten Angebote der Daseinsvorsorge, zum Beispiel die von Schulen oder medizinischer Versorgung. Dass Angebote der Daseinsvorsorge von den Bürgerinnen und Bürgern tatsächlich auch genutzt werden können, hängt somit ganz wesentlich schon davon ab, ob sie diese zubringenden „raumgreifenden Daseinsvorsorgenetze“ erreichen und nutzen können (Kersten 2006: 246f.). Im (West-)Deutschland der Nachkriegszeit wurden deshalb gleichartige beziehungsweise später gleichwertige Lebensverhältnisse in allen Regionen angestrebt, insbesondere mit Blick auf eine Angleichung der infrastrukturellen Versorgung in allen Teilregionen der Bundesrepublik. Angleichung wurde dabei stets als eine Angleichung nach oben, als eine Heranführung der benachteiligten Gebiete an den Lebensstandard der modernen Großstädte verstanden (Neu 2014: 12).

Wenn es um die Gestaltung der Daseinsvorsorge geht, sind auch räumliche Faktoren und ihre Zusammenhänge wichtige (Einfluss-)Größen. Fragen der Gestaltung von Daseinsvorsorge sind deshalb ein ganz wesentliches Thema und Handlungsfeld auch der Raumordnung und Raumentwicklung. Daseinsvorsorge ist aus Sicht der Raumordnung und des Raumordnungsgesetzes die flächendeckende Versorgung mit vom Gesetzgeber als lebensnotwendig eingestuften Gütern und Dienstleistungen zu sozial verträglichen Preisen und mit angemessener Erreichbarkeit. Der Auftrag gilt für ländlich und städtisch geprägte Räume gleichermaßen (Einig 2008; BBSR 2012). Das Raumordnungsgesetz (ROG) fordert dann auch, die Versorgung mit Dienstleistungen und Infrastrukturen der Daseinsvorsorge, insbesondere die Erreichbarkeit von Einrichtungen und Angeboten der Grundversorgung, für alle Bevölkerungsgruppen in den Teilräumen in angemessener Weise zu gewährleisten, und führt als Ziel die Sicherung der Chancengerechtigkeit ein (§ 2 Abs. 2 Nr. 2 ROG). Dies korrespondiert unmittelbar mit dem Leitbild der „gleichwertigen Lebensverhältnisse“ (§ 2 Abs. 2 Nr. 1 ROG).

Die Frage nach einer ausreichenden Daseinsvorsorge hat in Deutschland an Aktualität und Brisanz gewonnen, weil die Raumentwicklung geprägt ist von einer anhaltenden Spaltung in wenige demografisch und ökonomisch wachsende Regionen und viele schrumpfende oder stagnierende Regionen. Diese Polarisierung beschränkt sich aber nicht nur auf die großräumige Betrachtung von Regionen, sondern ist auf allen räumlichen Ebenen zu erkennen: zwischen den Regionen, in ländlichen Regionen in Form von kleinräumiger Zentralisierung sowie in den Stadtregionen in Form von Segregation. Diese Entwicklungen verstärken sich zudem gegenseitig. In peripheren, ländlichen Räumen führt die Polarisierung dann dazu, dass die Tragfähigkeit der öffentlichen Daseinsvorsorge in der bisherigen Form nicht mehr gewährleistet werden kann und sich die Lebensbedingungen für viele erkennbar verschlechtern. Die Gewährleistung gleichwertiger Lebensbedingungen gestaltet sich dann zunehmend schwierig. Das gilt auch für viele großstädtische Quartiere, in denen sich in der Folge Wohnbedingungen und Image noch weiter verschlechtern.

Hinzu kommt, dass durch den verschärften Wettbewerb der Städte und Regionen um Arbeitskräfte und Wohnbevölkerung der Ort mit seinen spezifischen Lebensbedingungen, mit seiner Lebensqualität und seinem Lebensgefühl an Bedeutung gewinnt. Und eine gute Daseinsvorsorge ist ein wichtiger Teil dieser Lebensbedingungen. Das heißt im Umkehrschluss, dass Quartiere, Orte und Regionen ohne diese guten Lebensbedingungen zunehmend marginalisiert und die Teilhabe- und Verwirklichungschancen der dort lebenden Menschen eingeschränkt werden können. Der benachteiligte Raum beeinflusst so die Möglichkeiten für ein selbstbestimmtes Leben und wird für bestimmte Bevölkerungsgruppen zu einem benachteiligenden Raum. In der Wissenschaft gilt die räumliche Situation deshalb sowohl als Spiegel wie auch als Auslöser für die Benachteiligung von gesellschaftlichen Gruppen.

Wenn von Politik und planender Verwaltung die Berücksichtigung der unterschiedlichen Verwundbarkeit (Vulnerabilität) von Menschen gefordert wird, dann schließt dies also explizit auch die Berücksichtigung der örtlichen und regionalen Lebensbedingungen ein. In der Gestaltung der Lebensbedingungen vor Ort rückt dann vor allem auch die Sicherung der räumlichen Daseinsvorsorge in den Mittelpunkt strategischer Entwicklungsoptionen.

Im Prinzip kommt der regionalen Daseinsvorsorge eine doppelte strategische Bedeutung zu: Zum einen bestimmt sie für die Einzelnen ganz wesentlich die Rahmenbedingungen zum Leben, ihre Chancen zur Selbstverwirklichung und ihre Lebensqualität. Zum anderen beeinflusst die Qualität der Daseinsvorsorge aber ebenso wesentlich die Standortqualitäten und damit die Zukunftschancen eines Ortes oder einer Region im interkommunalen Vergleich. Verlieren die Angebote und Dienstleistungen der Daseinsvorsorge ihre Tragfähigkeit und werden brüchig, wirkt das verstärkend und verschlechtert die Lebensbedingungen. Das gilt auch für vulnerable Bevölkerungsgruppen, zu denen auch alte Menschen gehören.

Die zuständigen Bundesministerien haben die Bedeutung der Daseinsvorsorge für Regionen und Kommunen frühzeitig erkannt. Bereits der sogenannte „Raumordnungspolitische Orientierungsrahmen" von 1993 war in die Diskussion um die Neubestimmung des Gleichwertigkeitsziels und um die Bedeutung der Daseinsvorsorge für die Entwicklung der Regionen eingegangen (BMBau 1993: 21). In den „Leitbildern und Handlungsstrategien für die Raumentwicklung in Deutschland" von 2006 wurde dann das Ziel „Daseinsvorsorge sichern" als einer von drei Aufgabenschwerpunkten für die Raumordnung und Raumentwicklung der kommenden Jahre genannt, insbesondere mit Blick auf die Situation ländlicher Räume. In den Folgejahren sind die Anpassung und der Umbau der regionalen Daseinsvorsorge neben der regionalen Wertschöpfung zum Kernthema für die Entwicklung ländlicher Räume geworden. Auch der Nationale Koordinierungsrahmen zur Koordination der Förderinstrumente im Rahmen der Demografiestrategie der Bundesregierung verfolgt den Leitgedanken, die regionale Daseinsvorsorge zu sichern und die regionale Wirtschaftskraft zu stärken. Im bundesweiten Aktionsprogramm „Regionale Daseinsvorsorge" und ähnlichen Modellvorhaben in ausgewählten Regionen werden diese Ziele explizit verfolgt und ausgewertet. Inhaltlich korrespondieren die hier verfolgten Zielstellungen weitgehend mit den Bedarfen und der Einschätzung der Bewohnerinnen und Bewohner. Verschiedene Studien zeigen, dass für sie die ärztliche Versorgung, gute Erreichbarkeit von Schulen, die Kinder- und Seniorenbetreuung, die Lebensmittelversorgung sowie die Anbindung an den ÖPNV die wichtigsten Bereiche der Daseinsvorsorge bilden. Für viele Menschen in ländlichen Räumen ist es jedoch schon gelebte Realität, dass Handwerk, Läden, Post- und Bankfilialen nicht mehr im Ort sind. In peripheren, dünn besiedelten Räumen gilt dies auch für die Anbindung an den ÖPNV, obwohl in Befragungen deutlich wird, dass für die meisten Einwohner gerade die Verkehrsanbindung unverzichtbar ist. Am ehesten wird erfahrungsgemäß auf Kultur- und Sportangebote verzichtet. Wichtig ist den Befragten zudem, dass vor allem die Kernbereiche der Daseinsvorsorge Wasser, Energie, Abfallentsorgung, Sicherheit und Bildung unter öffentlicher Verantwortung beziehungsweise Kontrolle bleiben (vgl. im Einzelnen Neu 2014).

2.7 Veränderte Rahmenbedingungen und erweitertes Verständnis von Daseinsvorsorge

So wichtig heute die Daseinsvorsorge für die Einzelnen und den sozialen und territorialen Zusammenhalt in der Bundesrepublik ist, so schwierig ist es, sich auf ein (gemeinsames) Verständnis von Daseinsvorsorge zu einigen. Die Gründe sind vielfältig. Nach wie vor wird die Diskussion stark vom dargelegten Forsthoffschen Begriff der Daseinsvorsorge geprägt, mit einer klaren Unterscheidung zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger und einer daraus resultierenden Ausrichtung auf die Leistungen an sich. Den Bürgerinnen und Bürgern fällt in diesem Modell keine aktive Rolle zu (Neu 2014: 7f.); sie erscheinen in diesem Verständnis einseitig als Leistungsempfänger, während Staat und Kommunen als Leistungserbringer konzipiert werden, die den Bürgerinnen und Bürgern Versorgung, soziale Sicherung und Teilhabe an der Gesellschaft gewährleisten.

Tatsächlich jedoch sind Staat und Kommunen nur in Teilen und Teilbereichen Leistungserbringer. In vielen Bereichen der technischen Infrastruktur handeln sie vielmehr im Sinne eines Gewährleistungsstaats, indem sie die von Dritten erbrachten Leistungen im Sinne des Gemeinwohls sichern oder regulieren. In einer weiteren Rolle motivieren oder aktivieren Staat und Kommune daneben die Eigeninitiative der Bürgerinnen und Bürger und fördern dieses Engagement (z. B. bei Bürgerbussen, Dorfläden, Kulturzentren, Jugendclubs). Sorgender, gewährleistender, motivierender, aktivierender oder auch zulassender Staat sind somit keine Substitute, sondern wirken zeitgleich und nebeneinander. Dies bedeutet dann auch, dass es eine Vielfalt von Leistungserbringern gibt und dass Versorgungsketten, Versorgungsnetze und das Schnittstellenmanagement im Raum enorm an Bedeutung gewinnen (Neu 2014: 56). Staat, Kommunen, Bürgerinnen und Bürger und Wirtschaftsunternehmen wirken in

vielen Bereichen der Daseinsvorsorge nebeneinander (z. B. bei der Gesundheitsversorgung oder bei der Pflege oder Mobilität), im Idealfall miteinander. Öffentliche Daseinsvorsorge wird so zu einer Koordinierungs- und Managementaufgabe von Handlungsbereichen in öffentlicher beziehungsweise kommunaler Verantwortung.

Nicht nur eine starre Trennung in Leistungsempfänger und Leistungserbringer erscheint für ein differenziertes Verständnis von Daseinsvorsorge unpassend; auch eine Fokussierung auf die Leistungen scheint nicht optimal geeignet, um die eigentlichen Ziele der Daseinsvorsorge zu erreichen. Röbke (2012) setzt deshalb gerade *nicht* bei konkreten Leistungen an, wenn es um das Verständnis von Daseinsvorsorge geht, sondern beim Inklusionsgedanken: Ausgehend von den Zielen fragt er, wie Daseinsvorsorge gestaltet sein muss, damit sie die vollständige gesellschaftliche Teilhabe der Einzelnen – mit ihren unterschiedlichen Fähigkeiten – fördert und ihnen eine eigenständige Lebensführung in einem sorgenden sozialen Umfeld ermöglicht. Aus dieser Blickrichtung zeigt sich dann, welche sozialen, technischen und institutionellen Voraussetzungen tatsächlich nötig sind, um die eigentlichen Ziele der Daseinsvorsorge zu erreichen. Daseinsvorsorge könnte so als eine wesentliche Voraussetzung für die Ermöglichung von Verwirklichungschancen verstanden werden. Eine solche Abkehr von einem reinen „Versorgungsverständnis“ hin zu einer Orientierung auf Ermöglichung rückt vielmehr das Individuum und Gruppen (als eigenständige Mitglieder der Gesellschaft) in den Mittelpunkt, berücksichtigt (individuelle und räumliche) Unterschiede und ermöglicht und fordert differenzierte Strategien und Förderungen.

Röbke weitet das Verständnis von Daseinsvorsorge mit Hilfe des Befähigungsansatzes von Amartya Sen und Martha C. Nussbaum aus und versteht Daseinsvorsorge als die Befähigung aller Mitglieder einer Gemeinschaft, ein „möglichst vielfältiges und chancenreiches Leben“ zu führen (Röbke 2012: 16; Nussbaum und Sen 1993; Nussbaum 1999; Sen 2000 und 2010). Der Befähigungsansatz (capability approach) bildet auch die Grundlage für ein erweitertes Verständnis von Daseinsvorsorge im Siebten Altenbericht. Er berücksichtigt explizit Ungleichheiten, Einschränkungen und unterschiedliche Bedürfnisse der Einzelnen beziehungsweise von sozialen Gruppen in einer ausdifferenzierten Gesellschaft. Im Mittelpunkt steht die Frage, welche Fähigkeiten die Menschen benötigen, um ein gutes, gelingendes Leben zu führen, und wie sie dazu von der Gesellschaft, in der sie leben, befähigt werden können. Unterschieden werden einerseits Fähigkeiten (Handlungsmöglichkeiten) und andererseits Befähigungen, die Möglichkeiten eröffnen, diese Fähigkeiten auszuprägen. Die Fähigkeit ist das, was man erworben hat, etwas Erreichtes, wie zum Beispiel Gesundheit, Wissen oder Interesse für Musik. Die Befähigung eröffnet die Möglichkeit, sich zu entfalten und das Leben zu führen, das man führen möchte. Ausschlaggebend für die Ausbildung und Nutzung der eigenen Fähigkeiten sind die Umwelt- oder Lebensbedingungen und individuelle Faktoren wie Gesundheit, Alter, Geschlecht oder Geschicklichkeit. Diese Rahmenbedingungen sind individuell verschieden und erfordern deshalb ein differenziertes Vorgehen, um für alle Menschen die Verwirklichungschancen eines guten Lebens zu gewährleisten.

Aus diesem Grund ist die Frage nach Grundbedürfnissen bei der Gestaltung der Daseinsvorsorge nur instrumentell. Es muss vielmehr um die Bedingungen und Voraussetzungen gehen, die eine selbstbestimmte Lebensgestaltung und gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen, und nicht um den Besitz von Gütern und Dienstleistungen. Die Daseinsvorsorge in Form von ganz bestimmten Leistungen wie Straßen, Versorgungsleitungen, Schulen, Ärzten, Theater oder Konzerthäusern ist demnach ein Mittel zum Zweck und nicht der Zweck an sich, zum Beispiel Mittel zur Befähigung, gesund zu sein oder im Alter eigenständig zu wohnen. Ein Mensch mit körperlichen Einschränkungen benötigt zur Herstellung seiner Beweglichkeit und Mobilität wesentlich mehr soziale und materielle Unterstützung als ein Mensch ohne Einschränkungen. Kinder aus benachteiligten Familien brauchen mehr (finanzielle) Unterstützung als Kinder aus Mittelschichtsfamilien, um Zugang zu Bildungsmöglichkeiten zu bekommen. Arbeitsplätze müssen diskriminierungsfrei zugänglich sein. Erwerbstätige Mütter und Väter benötigen Hilfe bei der Kinderbetreuung, um Familie und Beruf zu vereinbaren (Nussbaum 1999: 36). Eines wird deutlich: Es sollte für den Staat darum gehen, jedes Mitglied und jede soziale Gruppe der Gesellschaft zum guten Leben und Handeln zu befähigen und ihnen gleiche Chancen zu bieten, am Leben der Gemeinschaft teilzunehmen.

Damit stellt sich die Frage nach einer Differenzierung der Befähigungen und dem Maßstab beziehungsweise dem Standard, der für die Einzelnen in der Gesellschaft erreicht werden soll. Martha C. Nussbaum (1999) hat aus den grundlegenden Wesensmerkmalen des Menschen zehn Grundbefähigungen herausgearbeitet, wobei diese Liste für sie offen und veränderbar ist. Folgende zehn Merkmale sind nach Nussbaum allen Menschen gemeinsam und damit konstitutiv für das Menschsein: Sterblichkeit, Körperlichkeit, Freude und Schmerz, Sinne, Vorstellungen und Denken, frühkindliche Entwicklung, praktische Vernunft, Verbundenheit mit anderen Menschen, Verbundenheit mit anderen Arten und der Natur, Humor und Spiel sowie Individualität und Unterscheidung von anderen. Dieser Grundstruktur der menschlichen Lebensform sind zehn Grundfähigkeiten zugeordnet (Bittlingmayer und Ziegler 2012: 33). Dazu gehören zum Beispiel die Fähigkeit, ein Leben von normaler Länge zu leben, körperlich

gesund zu sein oder praktische Vernunft zu haben, das heißt fähig zu sein, sich eine Vorstellung vom Guten zu bilden und sein eigenes Leben daraufhin in kritischer Reflexion zu planen. Eine gute und gerechte Gesellschaft muss dafür Sorge tragen, dass diese Grundfähigkeiten zum Entstehen kommen. Das Ziel besteht darin, „ein umfassendes Unterstützungssystem zu schaffen, das allen Bürgern ein ganzes Leben lang eine gute Lebensführung ermöglicht“ (Nussbaum 1999: 62). Für Nussbaum ist dafür unter anderem erforderlich: ein umfassendes Gesundheitssystem, gesunde Luft und gesundes Wasser, Sicherheit für Leben und Besitz und der Schutz der Entscheidungsfreiheit der Bürgerinnen und Bürger in Bezug auf wichtige Aspekte ihrer medizinischen Behandlung, ausreichende Ernährung, eine angemessene Unterkunft, Schulung, Ausbildung, Arbeit, Erholungsmöglichkeiten, Kunst und Kultur und soziale Beziehungen, welche gegebenenfalls von öffentlichen Institutionen gefördert und geschützt werden.

Die Befähigung ist aber nicht nur Aufgabe des Staates. Jeder und jede Einzelne trägt soziale Verantwortung und ist gefordert, die eigenen Fähigkeiten einzubringen um andere zu befähigen. „Die Idee ist, dass die gesamte Struktur des Gemeinwesens im Hinblick auf diese Fähigkeiten und Tätigkeiten entworfen wird“ (Nussbaum 1999: 66). Es ist das Zusammenspiel von individuellem Vermögen und institutionellen Rahmenbedingungen mit dem Ziel, jedem Menschen ein gutes Leben zu ermöglichen. Schließlich verlangt eine gute Lebensführung auch das Mitspracherecht aller Bürgerinnen und Bürger auf die Ausgestaltung dieser institutionellen Rahmenbedingungen zur Befähigung. Daseinsvorsorge, eingeordnet in das Modell des Befähigungsansatzes, wäre dann (1) ein Bündel an Gütern, Dienstleistungen und Institutionen von öffentlichem Interesse, das (2) die Mitglieder einer Gesellschaft befähigen soll, ein gutes Leben eigenständig und selbstbestimmt zu führen, (3) an der sozialen Gemeinschaft teilzuhaben und die Möglichkeit der sozialen und politischen Partizipation zu haben. Dabei müssen (4) soziale Ungleichheiten berücksichtigt werden.

Daraus abgeleitet werden im Folgenden sechs Punkte für ein erweitertes Verständnis von Daseinsvorsorge skizziert:

1. Die Stärkung der Person: Daseinsvorsorge wird nicht auf die Bereitstellung von bestimmten öffentlichen Gütern und Dienstleistungen reduziert, die die regionale Wettbewerbsfähigkeit und die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse garantieren. In den Mittelpunkt rücken vielmehr die Stärkung und Befähigung der Menschen mit ihrer Eigenständigkeit, ihren Fähigkeiten und ihrer Unterschiedlichkeit, aber auch mit ihrer Verantwortung gegenüber anderen. Für dieses erweiterte Verständnis von Daseinsvorsorge sind Strategien und Instrumente erforderlich, die regionale und soziale Lebensumstände und individuelle Eigenschaften berücksichtigen und dafür Sorge tragen, dass Menschen und Gruppen gleiche Chancen bekommen, nicht ausgegrenzt werden und Möglichkeiten der sozialen und politischen Teilhabe erhalten. Dies wiederum setzt gesellschaftliche Solidarität voraus.

2. Ausrichtung auf Wirkungen und Ziele: Güter und Dienstleistungen der Daseinsvorsorge sind Mittel zum Zweck und nicht Selbstzweck. Sie haben eine Zielrichtung und müssen Wirkungen entfalten. Ausgehend von den beabsichtigten Zielen und Wirkungen und den dazu erforderlichen Rahmenbedingungen sowie technischen, organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten lässt sich die Ausgestaltung der Daseinsvorsorge ableiten. Zu fragen ist dann zum Beispiel: Was muss gemacht werden, um ein gesundes und gelingendes Leben führen zu können? Wie kann Bildung in ländlichen Regionen organisiert werden? Wie kann ein eigenständiges, langes Leben in der eigenen Wohnung ermöglicht werden? Diese Ausrichtung auf Wirkungen und Ziele entspricht dem Befähigungsansatz und ermöglicht mehr Offenheit und Flexibilität in der Ausgestaltung der Daseinsvorsorge. Die Sicherung der Mobilität in ländlichen Räumen beispielsweise kann sich dann nicht nur auf die Organisation des öffentlichen Nahverkehrs beschränken. Mobilität ist vielmehr ein weiter gefasster Begriff, der selbstorganisierte Mobilität, neue Kommunikationstechnologien oder personengebundene Förderung in Form von Mobilitätsgutscheinen mit einbezieht und offen für neue technische Möglichkeiten ist. Eine stärkere Ausrichtung auf Wirkungen und Ziele eröffnet nicht zuletzt die Option, Daseinsvorsorge in vielen Bereichen neu zu denken. Dabei darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass auch nicht explizit qualifizierbare und messbare soziale Dienstleistungen die Lebensqualität verbessern können.

3. Vielfalt und Differenzierung: Eine individuell angepasste und wirkungsorientierte Daseinsvorsorge ermöglicht es, besser auf Vielfalt und Ungleichheiten in Raum und Gesellschaft einzugehen und eine ausdifferenzierte Daseinsvorsorge für individuelle Lebenssituationen zu bieten. Die Möglichkeiten zur Lebensgestaltung sind in ländlichen, peripheren Regionen anders als in wirtschaftsstarken Wachstumsregionen oder in schrumpfenden Großstadtregionen. Die Gesellschaft wird vielfältiger, Lebensmodelle unterscheiden sich, aber auch Ungleichheiten nehmen zu. Vielfalt findet sich derzeit ebenso auf der instrumentellen Seite, in der Vielfalt der Lösungen, Instrumente und Wege, in der Vielfalt der Akteurs- und Trägerkonstellationen, der Vielfalt der Institutionen oder

der Vielfalt der Engagementstrukturen. Der Befähigungsansatz ist letztlich die Reaktion auf Vielfalt und Ungleichheiten. Er wird getragen von der Erkenntnis, dass universelle Konzepte nur wirken, wenn sie flexibel und anpassungsfähig sind. Es steht nicht mehr die Erbringung eines bestimmten universell geltenden Standards im Vordergrund, sondern die Suche nach der richtigen Lösung für die regionalen, sozialen und individuellen Bedingungen.

4. Daseinsvorsorge als Ganzes: Für den Gedanken der Befähigung greift es zu kurz, die Bereiche und Sektoren der Daseinsvorsorge isoliert voneinander zu betrachten. Sicherlich haben die gesundheitliche Versorgung und die Pflege für das Leben im Alter eine herausragende Bedeutung. Aber schon hier zeigen sich Bedingtheit und Wechselwirkungen. So schafft erst das Zusammenspiel von Wohnung, Wohnumfeld, Pflege und Gesundheitsversorgung, Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen, der Teilhabe an der Gesellschaft und einem sorgenden Umfeld die Möglichkeit, ein eigenständiges, selbstbestimmtes Leben auch bei körperlichen und gesundheitlichen Einschränkungen zu führen. Hinzu kommen (körperliche) Aktivität, kulturelle Angebote und das soziale Zusammenleben, die ebenfalls eine zentrale Bedeutung für die Zufriedenheit, Gesundheit und Vitalität haben. Dieses Zusammenspiel der Angebote, Güter und Dienste einzelner Bereiche der Daseinsvorsorge muss sich dort entfalten und dort wirken, wo sich der größte Teil des Lebens abspielt und diese Bereiche eine Rolle spielen: in den Wohnquartieren, Städten und Dörfern. Dementsprechend liegt es nahe, Daseinsvorsorge vor allem auf der lebensweltlichen Ebene als ein Ganzes zu betrachten und zu gestalten. Grundlage und Voraussetzung für eine ganzheitliche Gestaltung guter Rahmenbedingungen kann eine ganzheitliche Analyse der Lebens-, Wohn- und sozialen Bedingungen für die ältere Generation im Rahmen einer Sozialplanung sein.

5. Raumbezug und Regionalisierung: Grundsätzlich ist derzeit eine Tendenz zur Zentralität und Konzentration von Angeboten der Daseinsvorsorge insbesondere in den dünn besiedelten Regionen, aber auch in großstädtischen Zusammenhängen festzustellen. Es greift aber zu kurz, sich auf die infrastrukturellen Rahmenbedingungen vor Ort zu beschränken, wenn es um die Bewertung und Gestaltung der Daseinsvorsorge geht. Die Wirkungen von Gesundheitsversorgung, Pflege, von kulturellen Angeboten und Bildungsangeboten ergeben sich in der Regel aus einem Zusammenspiel vieler Angebote im Raum. In der Gesundheitsversorgung finden sich beispielsweise das Krankenhaus im Mittelzentrum, das Gesundheitszentrum in der benachbarten Kleinstadt und die gesundheitliche Pflege vor Ort und Präventionsmaßnahmen im direkten Lebensumfeld. Im Idealfall wird die Daseinsvorsorge überdies regional über räumliche Versorgungsnetze organisiert, die auf den einzelnen Raumebenen subsidiär ausgestaltet werden. Deutlich wird dies am Prinzip der Mobilitätsketten. Sie erschließen den Raum über ein sich ergänzendes und abgestuftes System von Mobilitätsangeboten, die auf die jeweiligen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen ausgerichtet sind: Starke ÖPNV-Hauptlinien, flexible Bedienformen wie Rufbusse und ergänzend und zubringend selbstorganisierte Mobilität, die als Bindeglied fungiert. Eine solche räumliche Vernetzung der Daseinsvorsorge erfordert regionale, interkommunale Strategien sowie ein integrierendes Management und gegebenenfalls auch eine gemeinsame Trägerschaft von Angeboten und Diensten.

6. Koproduktion von Daseinsvorsorge: Freie Wohlfahrtsverbände, Genossenschaften, Vereine, aber auch Familien, Nachbarschaften und soziale Netze sind wichtige Bestandteile eines historisch gewachsenen gemischten Wohlfahrtsmix, in dem Staat, Wirtschaft und Zivilgesellschaft zusammenwirken. Die Gewichte zwischen den Sektoren haben sich seit den 1980er Jahren jedoch verschoben und müssen neu austariert werden (Evers 2011). Dabei muss klar sein, dass die grundsätzliche Verantwortung für die Ausgestaltung und Erbringung von Leistungen der Daseinsvorsorge, wie eingangs dargelegt, beim Staat und bei den Kommunen liegt. Sie haben allerdings die Möglichkeit autonom und im Rahmen der Gesetze konkrete Aufgaben auf andere Träger zu übertragen. Im Rahmen einer seit vielen Jahrzehnten entwickelten Praxis setzen die Verantwortungsträger zunehmend darauf, andere Akteure (z. B. freigemeinnützige Wohlfahrtsverbände und Organisationen, Selbsthilfegruppen, Verbände und Vereine) mit der Umsetzung der Aufgaben zu betrauen. In weiten Bereichen (z. B. der ambulanten und stationären Altenpflege) sind auch private Einrichtungen und Unternehmen beauftragt worden. Diese Form von Gestaltung und Steuerung der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben ist nur dann verantwortbar, wenn die öffentlichen Träger für die Gewährleistung von Inhalt, Umfang und Qualität der Angebote Sorge tragen (vgl. Kapitel 3 in diesem Bericht). Aber auch Angebote der Daseinsvorsorge, die ehrenamtlich von der Bürgerschaft organisiert werden, haben eine lange Tradition. Viele Vereine erfüllen Aufgaben mit Bezug zur Daseinsvorsorge. Häufig werden Bereiche der sozialen Daseinsvorsorge wie Dorfläden, Mobilitäts-, Seniorenberatungs- und Betreuungsdienste durch die Bürgerinnen und Bürger vor Ort organisiert. Nicht zuletzt angesichts der Zunahme und Neuinterpretation von örtlicher Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bedarf das subsidiäre Verhältnis zwischen staatlichen beziehungsweise kommunalen Institutionen und den Einzelnen beziehungsweise den sozialen Gruppen einer Neubestimmung (vgl. dazu Kapitel 3 in diesem Bericht). Hinzu kommen hybride Organisationsformen,

in denen sich die sektoralen Grenzen und Zuständigkeiten auflösen. Öffentliche Einrichtungen werden zu Sozialunternehmen (Evers und Ewert 2010); die Gemeinwohl-Ökonomie wächst.

Schon innerhalb der öffentlichen Zuständigkeit ergibt sich in vielen Bereichen eine ebenenübergreifende, in sich verschränkte öffentliche Koproduktion, wie zum Beispiel in der Pflege, im Gesundheitswesen oder beim Brand- und Katastrophenschutz. Ein weiterer Komplexitätsgrad wird erreicht, wenn die Daseinsvorsorge wirkungsorientiert verstanden wird und dabei Wechselwirkungen zwischen den fachlichen Bereichen der Daseinsvorsorge berücksichtigt werden, zum Beispiel von Pflege, Gesundheitsdiensten und Mobilität. Angesichts einer neuen Unübersichtlichkeit drängt sich die Frage in den Vordergrund, wer Verantwortung übernimmt, das Akteursgeflecht entwirrt und (wieder) sinnvoll vernetzt. Die Herausforderung dabei liegt im Management der Arbeitsteilung der Akteursebenen und -sphären und deren Schnittstellen. Diese Managementaufgabe ist heute die zentrale Aufgabe bei der Gestaltung von Daseinsvorsorge.

2.8 Die Rolle der Kommune

Angesichts der geschilderten Vielfalt und in Teilen auch Unübersichtlichkeit der Akteure und Trägerstrukturen, die Teile der Daseinsvorsorge erbringen, stellt sich die Frage, welche Rolle die Kommunen in diesem Geflecht übernehmen. Die Bereitstellung der Daseinsvorsorge wird auch heute noch in erster Linie als kommunale Aufgabe betrachtet. Daseinsvorsorge wird vor Ort geleistet. Viele Aufgaben müssen daher in den Kommunen, Städten, Gemeinden und Landkreisen erfüllt werden. Leistungen und Dienste der Daseinsvorsorge wie die Ver- und Entsorgung, die Kommunikationsinfrastruktur oder auch die Gesundheitsversorgung, Kinderbetreuung, Schulbildung, Pflege oder der öffentliche Nahverkehr entfalten ihre Wirkung erst in der direkten Lebenswelt der Bürgerinnen und Bürger. Nicht zuletzt deswegen kann vor Ort am besten entschieden werden, welche Verpflichtungen im Interesse der Bürgerschaft sind und wie diese konkret ausgestaltet werden müssen, insbesondere im Hinblick auf die Berücksichtigung von Vielfalt und Differenzen vor Ort. Die Rahmenbedingungen zum Leben sollen von der kommunalen Gemeinschaft bürgernah organisiert und ausgestaltet werden. Gerade das ist ja auch der Grundgedanke der starken Stellung der Städte und Gemeinden und der Allzuständigkeit der Kommune für die Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen ihrer verfassungsrechtlich garantierten Selbstverwaltung. Die Expertenkommission für die Erstellung des Siebten Altenberichts spricht sich daher deutlich für eine Stärkung der Rolle der Kommune aus. Wie an verschiedenen Stellen des Berichts näher ausgeführt wird, sollte mit der stärkeren Planungs- und Vollzugskompetenz der Kommunen auch eine grundsätzliche Verbesserung der kommunalen Finanzausstattung verbunden werden. Das wäre die angemessene Wertschätzung für die mit der Erfüllung von Daseinsvorsorge-Verpflichtungen verbundenen Aufgaben und für die Menschen, die daran teilhaben wollen und sollen.

Die Gemeinde ist traditionell der Ort, an dem gesellschaftlicher Wandel in Innovationen umgesetzt wird und neue Ideen und Maßnahmen der Lebensgestaltung gemeinschaftlich erprobt werden. Kommunen entstanden ursprünglich aus der Bürgerschaft der mittelalterlichen Stadt heraus mit dem Wunsch nach politischer, sozialer und ökonomischer Unabhängigkeit sowie dem Bedürfnis nach Abgrenzung und Absicherung. Die Gemeinden des Mittelalters waren genossenschaftlich geprägt und selbstorganisiert. Eine zentrale Rolle kam ihnen bei der Neuorganisation des gesellschaftlichen Zusammenlebens im Zuge der Verstädterung zu. Vor allem in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden hier viele Einzelelemente des späteren Sozialstaats in kommunaler Verantwortung erprobt, häufig angetrieben von bürgerschaftlicher Eigeninitiative (Seckelmann 2008). Die Gemeinden entsprachen damit dem Ziel der Stein-Hardenbergschen Reformen zu Beginn des 19. Jahrhunderts: Mit der freien, selbstverwalteten Gemeinde sollten neue Handlungsspielräume geschaffen und die Bürger mobilisiert und motiviert werden, sich für öffentliche Aufgaben einzusetzen, diese selbst zu gestalten und gegebenenfalls auch zu finanzieren. Viele dieser Bürgeraufgaben wurden später Zug um Zug in die kommunale Verantwortung übernommen, wie die technische Verkehrs- und Leitungserschließung, Aufgaben der Fürsorge oder die Stadtplanung. Andere Aufgaben wurden vom Staat übernommen. Überhaupt wurden die Kommunen immer mehr in das staatliche Verwaltungsregime eingegliedert.

Dieser kurze historische Abriss zeigt, wie sehr sich die Aufgaben und Zuständigkeiten der kommunalen Daseinsvorsorge im Verlauf der Geschichte verändert haben. Heute ist die Träger- und Betreiberlandschaft in den einzelnen Bereichen der Daseinsvorsorge unübersichtlicher geworden. Darüber hinaus sind die Kommunen eingebunden in staatliche Handlungsformen, rechtliche und technische Vorgaben, sie sind auf Finanzhilfen von Bund und Ländern angewiesen und infolge ökonomischer, demografischer und sozialer Transformationsprozesse in ihrem

Handeln und in ihren Gestaltungsmöglichkeiten stark eingeschränkt. Die Frage ist daher berechtigt: Welche Rolle spielen die Kommunen bei der Erbringung und Ausgestaltung der Daseinsvorsorge? Ist diese Rolle immer noch so stark und zentral oder ist die Kommune heute aufgrund der gesetzlichen Verpflichtungen zur Gewährleistung von Leistungen der Daseinsvorsorge nicht vielmehr auch nur ein „Player" unter vielen und häufig nur Getriebene?

Es gibt also eine Reihe von Argumenten, die für eine starke, verantwortungsvolle Rolle der Kommune bei der Erbringung der Daseinsvorsorge sprechen. Begriffe wie Koproduktion oder gemischte Wohlfahrtsproduktion umschreiben in ihrem bisherigen Bezug weniger eine geordnete Arbeitsteilung als vielmehr ein eher unkoordiniertes Nebeneinander verschiedenster öffentlicher und privater Anbieter, Akteure und Institutionen in den einzelnen Daseinsvorsorgebereichen. Die notwendige Koordination der Anbieter und das Management von Aufgaben können letztendlich nur dort erfolgen, wo die Leistungen zusammenkommen, nämlich direkt bei den Bürgerinnen und Bürgern vor Ort. Damit fließt der Kommune, neben der Verantwortung für eine direkte Leistungserbringung und der Gewährleistungsverantwortung, immer mehr eine *Koordinierungs- und Managementverantwortung* bei der Daseinsvorsorge zu. Nur die Kommune kann und muss die Verantwortung dafür übernehmen, dass beispielsweise Bildungsangebote aufeinander abgestimmt werden, Schnittstellen passend gestaltet werden, öffentlich organisierte und engagementgetragene Mobilität zusammenspielen oder arbeitsteilige Pflege- und Sorgearrangements in den Quartieren und Dörfern entstehen. Sie ist qua ihrer Stellung im Staatsaufbau und ihrer Selbstverwaltungskompetenz die Institution, die vernetzen, verknüpfen, unterstützen und gegebenenfalls auch mobilisieren muss. Zum Ausdruck kommt die Wiederentdeckung dieser kommunalen Verantwortung und Kernkompetenz auch in Diskussionen über die Rolle der Kommune bei der Pflegeplanung und in einer Vielzahl von Wettbewerben zur Gestaltung der Daseinsvorsorge (z. B. „Lernen vor Ort", „Gesundheitsregion der Zukunft", „Kommunen Innovativ" des Bundesministeriums für Bildung und Forschung; „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge" des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur).

Die Zuordnung der Koordinierungs- und Managementaufgabe zur Kommune ergibt sich ebenfalls aus dem Ansatz einer *wirkungsorientierten Daseinsvorsorgeplanung* und dem Gedanken, dass zu einem selbstbestimmten, eigenständigen Leben, zur Teilhabe und Partizipation sowie für eine gute Lebensqualität erst das Zusammenspiel aller Bereiche der Daseinsvorsorge, die Daseinsvorsorge als Ganzes, befähigt. Es geht dann nicht mehr nur um die Erbringung einer konkreten Leistung, sondern um eine gute Gestaltung und Organisation des Lebensumfeldes: soziale Treffpunkte, Mehrgenerationenhäuser, familienfreundliche Stadtentwicklung, gesundheitspräventive Sportangebote oder ein Mobilitätssystem, das auf die Einrichtungen der (Gesundheits-)Versorgung ausgerichtet ist. Auch hierfür ist Koordination, Abstimmung, Schnittstellenmanagement, aber auch die Einbindung einzelner Bereiche in eine disziplinübergreifende Entwicklungsstrategie und einen fachübergreifenden Diskurs erforderlich. Letztlich wird die kommunale Daseinsvorsorgeplanung so zu einem integrierten und zentralen Bestandteil einer Stadt-, Gemeinde- oder Ortsentwicklungsplanung, die fachübergreifend, integrativ und diskursiv ist. Geht es um die Umsetzung, rückt bei vielen Handlungsfeldern das Quartier beziehungsweise Dorf als Lebens- und Gestaltungsraum in den Blickpunkt.

Eine flexible und differenzierte Ausgestaltung der Daseinsvorsorge angesichts einer wachsenden räumlichen und sozialen Vielfalt und Ungleichheit kann ebenfalls am besten auf der lokalen Ebene gelingen, dort, wo Differenzen sichtbar werden. Auf der kommunalen Handlungsebene können die räumlichen, institutionellen und individuellen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten sowie soziale Ungleichheiten in den Blick genommen werden, um darauf mit angepassten, ausgewogenen Maßnahmen und Strategien zu reagieren. Das Ziel, zu einem guten Leben zu befähigen, muss letztlich aus den ganz konkreten lokalen Gegebenheiten heraus operationalisiert werden. Gleichzeitig zeigt die Geschichte der kommunalen Selbstverwaltung, dass Lokalität und Selbstverwaltung auch den Nährboden für Experimente und soziale Innovationen liefern können.

Im interkommunalen Wettbewerb geht es heute mehr als in der Vergangenheit um eine gute Lebensqualität vor Ort. Eine gute gesundheitliche Versorgung, Bildungsangebote und eine vielfältige kulturelle Szene haben sich in der Wissensgesellschaft zum Beispiel immer mehr zu wichtigen Standortfaktoren entwickelt. Vor allem die kleineren Kommunen geraten dadurch zunehmend unter Verantwortungs- und Handlungsdruck. Daseinsvorsorge wird so zum Schlüssel für die Entwicklung von Städten und Gemeinden. Können die Kommunen die grundlegenden Rahmenbedingungen nicht mehr in einer ausreichenden Qualität gewährleisten, ist ihre Zukunft gefährdet, da eine weitere Abwanderung der Bevölkerung beziehungsweise eine weitere demografische Schrumpfung der Region oder dem Ort droht. Die Kommunen müssen daher nach neuen Lösungen suchen, die ihren Verhältnissen und Möglichkeiten angepasst sind, und diese gemeinsam mit der Wirtschaft und der Bürgerschaft umsetzen.

Schließlich erfordert auch die Vielfalt der Kommunen an sich verschiedene kommunale Strategien und Lösungen. Zum einen unterscheiden sich die Problemlagen je nach Größe und siedlungsstruktureller Lage der Kommunen. Zum anderen gibt es eine sehr große Bandbreite bei der kommunalen Leistungsfähigkeit, abhängig von der Größe, der kommunalen Verfasstheit und der Personalausstattung. Großstädte und Metropolenregionen haben anderen Voraussetzungen und Möglichkeiten als kleine, ländliche Kommunen. Es gibt in einigen Bundesländern sehr kleine Gemeinden, die zu Verwaltungskooperationen zusammengefasst sind, und großflächige Einheitsgemeinden mit bis zu 30 und mehr Ortsteilen sowie Gemeinden mit und ohne Kreisaufgaben. Hinzu kommen die unterschiedlichen Kommunalverfassungen in den Bundesländern und eine große Bandbreite in der Finanzausstattung. Angesichts dieser Vielfalt der Kommunallandschaft ist es kaum möglich, von „der“ Kommune zu sprechen und einheitliche Vorgaben, Standards und Strategien für die Gestaltung der kommunalen Daseinsvorsorge zu formulieren. Noch einmal komplexer wird das Bild angesichts der verschiedenen Formen der interkommunalen Zusammenarbeit. Die hier geforderte Vernetzung der Akteure und Institutionen, zum Beispiel zur Ausgestaltung eines guten Lebens im Alter, muss in einer ländlichen Kleinstgemeinde anders aussehen als in einer einigermaßen finanz- und wirtschaftsstarken Klein- oder Mittelstadt oder in großstädtischen Quartieren.

Die Verwaltungs- und Gebietsreformen haben in den meisten Ländern zu großen Kommunaleinheiten auf beiden kommunalen Ebenen geführt, den Landkreisen und den Gemeinden. Dabei droht das eigentliche historische Verständnis von Kommune weitgehend verlorenzugehen: Die kommunale Gemeinschaft organisiert sich selbst und regelt ihre eigenen Belange durch Selbstorganisation und Selbsthilfe. Das gilt für viele Städte und Gemeinden heute nicht mehr. Die Bürgerinnen und Bürger sehen in ihnen eher die untere Ebene des Staates mit vielfältigen Dienstleistungsfunktionen. Damit drohen die eigentliche Stärke und Funktion der Kommune verlorenzugehen: die Lokalität und die Nähe zu den Lebenswelten. Förderprogramme wie „Die Soziale Stadt“ im städtischen Kontext und die „Dorfentwicklung“ sowie die „Integrierte Ländliche Entwicklung“ im ländlichen Kontext haben darauf reagiert und rücken die Quartiere, Nachbarschaften, Ortsteile und Dörfer als räumliche Bezugsebenen in den Vordergrund. Ziel der Förderprogramme ist es, aus den örtlichen Bedarfen und Möglichkeiten heraus Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, zur Selbstorganisation zu motivieren, örtliche Wirtschaftsstrukturen sowie sozialen Zusammenhalt zu stärken und dies mit baulichen und städtebaulichen Maßnahmen zu verbinden. Auch das ist im Idealfall Befähigung zu einem eigenverantwortlichen und selbstgestalteten Leben in sozialer Teilhabe.

Die Daseinsvorsorge ist heute mehr denn je eng verbunden mit der Wiederbelebung des Sozialstaatsprinzips und der Neujustierung des Subsidiaritätsprinzips als Ordnungsrahmen für lokale Strukturen und Netzwerke (vgl. Kapitel 3 in diesem Bericht). Allerdings darf es nicht darum gehen, den Rückzug des Staates zu kompensieren. Selbstverantwortung bedeutet vor allem, den Dorf- und Quartiersgemeinschaften Entscheidungsspielräume und Freiheit zu geben, die Dinge vor Ort selbst zu regeln. Dahinter steht der Gedanke, dass das Dorf oder das Stadtquartier die Voraussetzungen dafür schaffen, dass sozialstaatliche Leistungen bedarfsgerecht ausgestaltet und trotz eingeschränkter Finanzspielräume erbracht werden können. Aufgabe der Kommune und des Staates ist es, die örtliche Selbstorganisation zu fordern, zu fördern und zu begleiten. Regionale oder städtische Rückgratorganisationen (Faller u. a. 2014) könnten Pate oder auch Franchisevermittler für die örtlichen Gemeinschaften sein, indem sie bewährte Elemente der Prozessgestaltung und Organisation sowie wiederkehrende Rechtsfragen aufbereiten und Beratung und Begleitung in diesen Bereichen anbieten. Erst die fachliche Begleitung, der Diskussionsprozess und eine finanzielle Unterstützung können zu Selbstsorge und Selbstgestaltung führen.

Mit dem Quartier und dem Dorf rückt also der unmittelbare Lebensraum in den Blick – und damit der Ort, an dem Daseinsvorsorge zur Wirkung kommt. Der Quartiersansatz, der für die konzeptionelle Entwicklung von Strukturen der Mitverantwortung in zukunftsfähigen Gemeinschaften im Siebten Altenbericht als wesentlich gesehen wird, bietet die Möglichkeit, „den Blick für räumliche und soziale Zusammenhänge“ (Volkmann 2012: 94) zu schärfen, alltagsnah Bedarfe und Bedürfnisse älterer Menschen zu erfassen und kleinräumig ressort- und sektorenübergreifend Ressourcen und Interventionsinstrumente zu bündeln.

Während das Dorf als überschaubare Siedlung oder Ortsteil einer meist ländlichen Gemeinde noch relativ einfach zu bestimmen ist, fällt dies beim Quartier schon schwerer. Aber auch für den Begriff Quartier wird die Überschaubarkeit des Gebietes aus der Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner als definierende Größe genutzt. Die Definitionen verbinden gebaute, natürliche und soziale Strukturen sowie funktionale Merkmale eines Quartiers. Das Quartier ist demnach der Ort, an dem sich das alltägliche Leben, vor allem das Wohnen abspielt (Deffner und Meisel 2013). Ein Quartier ist also immer kontextuell eingebettet und damit sozial konstituiert. Im Gegensatz zum Dorf fehlen bei Stadtquartieren meist klare räumliche Grenzen. Sie werden individuell bestimmt und variieren nach subjektiver Wahrnehmung, eigener Mobilität und sozialen Beziehungen. So fassen zum Beispiel Rüßler und Stiel (2013) das Quartier als spezifischen Sozialraum, der

- sozial produziert beziehungsweise (um)gestaltbar ist,
- vielfältige (soziale) Funktionen erfüllt,
- überschaubar und primär lebensweltlich geprägt ist,
- die Wahrnehmungen und Handlungen der Bewohnerinnen und Bewohner beeinflusst und
- Identifikationspotenziale bietet.

Dabei darf allerdings nicht außer Acht gelassen werden, dass der Quartiersansatz auch dafür kritisiert wird, durch die Verengung auf Fördergebietslogiken die Perspektive der Individuen aus dem Blick zu verlieren und eine strukturelle Bekämpfung der Ursachen der Probleme im Quartier als Handlungsauftrag zu verdrängen.

Die strukturelle und die individuelle Perspektive sind deshalb in der Konzeption des „Sozialraums“ integriert: Der Sozialraum wird als „Produkt“ sozialen Handelns angesehen. Im Sozialraumkonzept verbinden sich die räumlichen Bezüge der „alltäglichen Lebenswelten“ (Healey 1998), der Grad der lokalen sozialen Vernetzung und die Möglichkeiten (und Behinderungen) zum Aufbau sozialer Netzwerke als soziale Ressource. Wird Sozialraum in dieser Mehrdimensionalität verstanden, eröffnet die Orientierung auf diese Bezugsebene Möglichkeiten, sozialräumlichen Ungleichheiten mit lokal angepassten Maßnahmen zu begegnen. Konstituierend für das Sozialraumkonzept ist der Anspruch von Partizipation und Teilhabe. Sozialraumorientierte Strategien sind darauf gerichtet, Prozesse partizipativer Entwicklung zu organisieren und so insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen bei der Artikulation eigener und gemeinsamer Interessen zu unterstützen. Unabhängig davon, wie die einzelnen Handlungsebenen definiert oder gestaltet werden: Es bedarf der Orientierung auf individuelle und gemeinschaftsorientierte Bedarfe bei der Gestaltung der Daseinsvorsorge.

2.9 Die Stärkung der Kommune

Die Ausdifferenziertheit der Gesellschaft, die unterschiedlichen Rahmenbedingungen und die Vielfalt der Möglichkeiten, die Daseinsvorsorge und die Lebensqualität zu gestalten, führen einerseits zu einer neuen Unübersichtlichkeit und auch zu Unsicherheiten über den richtigen Weg. Andererseits erzwingen sie geradezu Koordination, Management und Netzwerkstrategien in der Ausgestaltung der Daseinsvorsorge. Beides, Vielfalt und Vernetzung, erfordert ein kompetentes Handeln vor Ort, dort, wo der Unterschiedlichkeit entsprochen und Vernetzung organisiert werden kann. Hierzu müssen die Kommunen von Bund und Ländern in vielerlei Hinsicht in die Lage versetzt werden. Dabei geht es gar nicht so sehr um staatliche Vorgaben für die Daseinsvorsorge; die Sicherung der Daseinsvorsorge wird nicht über gültige Mindeststandards zu regeln sein. Vielmehr muss dies über die Stärkung kommunaler Handlungsfähigkeit und den angepassten Umbau der Daseinsvorsorge vor Ort erfolgen (Beetz 2009: 129). Dazu sind eine Kompetenzverlagerung auf die kommunale Ebene, entsprechende rechtliche, organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen sowie Unterstützungs- und Begleitstrukturen von Bund und Ländern erforderlich. Im Prinzip lässt sich der Befähigungsansatz also auf das staatliche, kommunale Mehrebenensystem übertragen.

Dieses subsidiäre Zusammenspiel im Sinne von Ermöglichung und Befähigung gilt nicht nur im Verhältnis zwischen den staatlichen Ebenen und der Kommune, sondern auch innerhalb der kommunalen Ebene. Der Begriff Kommunen umfasst neben den Städten und Gemeinden auch die Landkreise als Zusammenschlüsse von Gemeinden, die übergeordnete Aufgaben der kommunalen Selbstverwaltung wahrnehmen. Viele Aufgaben der kommunalen Daseinsvorsorge sind den Landkreisen zugeordnet, wie zum Beispiel die Abfallentsorgung, die Sicherung des ÖPNV, das Rettungswesen oder die Jugendhilfe. In anderen Bereichen wie der Schulentwicklung oder der Pflege hat der Landkreis die Planungskompetenz. Diese Zuordnung zu unterschiedlichen Ebenen führt aufgrund der unterschiedlichen Strukturen zu Kommunikations- und Abstimmungsproblemen, die bei der Gestaltung der Daseinsvorsorge hinderlich sind. Voraussetzung für eine stimmige kommunale Daseinsvorsorgeplanung wäre daher zunächst einmal eine kritische Überprüfung und Zuordnung der Aufgaben zwischen Kreisen und kreisangehörigen Kommunen. Zu diesen Aufgaben gehören auch funktionierende Kommunikationsstrukturen untereinander und die Sicherung von gegenseitiger Mitsprache. Darüber hinaus stehen – insbesondere in den größeren räumlichen Zusammenhängen der Landkreise und der großen Städte – die Koordination der professionellen Anbieter von Daseinsvorsorge sowie die Einbindung der Daseinsvorsorge in gesamtstrategische Konzepte im Vordergrund.

Um das neue Verständnis von Daseinsvorsorge umsetzen zu können, müssen Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung auch tatsächlich in der Lage sein, mehr Verantwortung bei der Gestaltung und Organisation der Daseinsvorsorge zu übernehmen. Grundsätzlich sind hierfür zwei Dinge wichtig: Sie brauchen zum einen die Fähigkeiten beziehungsweise ein neues Selbstverständnis für ihre Funktion und ihr Handeln in der kommunalen Gesellschaft. Und sie müssen zum zweiten von Bund und Ländern in die Lage versetzt werden, diese Rolle auch ausfüllen zu können.

Notwendig ist ein kommunales Selbstverständnis, das – neben den klassischen Verwaltungsaufgaben – auf Koordinieren, Motivieren und Befähigen ausgerichtet ist. Für die Sicherung und die Organisation der kommunalen Daseinsvorsorge ergeben sich durch den Befähigungsansatz und die Lebensweltorientierung im Idealfall neue Verantwortungsgemeinschaften zwischen Bürgerinnen und Bürgern, gemeinnützigen Organisationen, Politik, öffentlicher Verwaltung, Wirtschaft und freien Verbänden. Kulturelle Angebote, die Organisation der Versorgung und Betreuung alter Menschen, die Sicherung von Mobilität und die Gesundheitsversorgung werden zu einer gemeinschaftlichen Daseinsvorsorge vor Ort. Die Grenzen zwischen staatlichen und kommunalen Angeboten lösen sich auf. Hier ist es die Aufgabe der Kommune, diese gemeinschaftliche Produktion von Lebensqualität zu ermöglichen, Partner einzubinden und das Zusammenspiel zu organisieren. Während im gesamtstädtischen und regionalen Zusammenhang professionelle Anbieter aufeinander abgestimmt werden müssen, rückt im Quartier und im Dorf das bürgerschaftliche Engagement und die Eigenorganisation von Daseinsvorsorge stärker in den Mittelpunkt. Im Idealfall wirken Kommune, Unternehmen und Betriebe, Verbände und Bürgerinnen und Bürger gemeinwohlbezogen zusammen. Die Kommune schafft den Raum für dieses Zusammenwirken. Dies wiederum erfordert ein Verständnis von Kommunalpolitik und -verwaltung, das weit über das klassische Verwaltungshandeln hinausgeht und den Ansätzen von Open Government oder Local Governance (Schwalb und Walk 2007) entspricht.

Aufgabe von Bund und Ländern ist es, dieses Verständnis von kommunalem Handeln zu fördern und die Kommunen zum Handeln zu befähigen. Dazu gehören zunächst eine angemessene Personalausstattung, Qualifikation, Planungskompetenz und rechtliche Möglichkeiten, branchenspezifisch zu steuern. Bezüglich der Planungskompetenz wird darauf verwiesen, dass die Kommunen eine differenzierte Möglichkeit übertragen bekommen haben, die Planung sozialer Aufgaben wahrzunehmen und damit zu beeinflussen. Sowohl im SGB V (Krankenversicherung/Krankenhausplanung) als auch im SGB VIII (Jugendhilfe) ist diese Planungskompetenz relativ weit entwickelt. Es ist wegen der Bedeutung der Pflege für die immer größer werdende Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen und für die Wahrnehmung der mit Pflege und Sorge verbundenen vielfältigen Aufgaben im kommunalen Umfeld unerlässlich, den Kommunen auch in diesem sozialen Bereich durch Planungskompetenz einen größeren Einfluss einzuräumen, um eine kommunale Mitverantwortung zu sichern. Dies könnte über eine ähnliche Regelung, wie sie im § 80 SGB VIII für die Jugendhilfeplanung getroffen worden ist, erfolgen.

Für eine nachhaltige Veränderung des Selbstverständnisses der Kommunen und der damit verbundenen veränderten Handlungsstrategien brauchen die Kommunen vor allem aber eine ausreichende Finanzausstattung und eine strategische Förderung, Begleitung und Unterstützung. Insbesondere die kleinen Kommunen benötigen Unterstützungsstrukturen, die ihnen strategische Orientierung, Qualifizierung, Beratung, Vernetzung und konkrete Hilfen bieten, zum Beispiel bei der arbeitsteiligen Organisation von Pflege und Hilfeleistungen vor Ort, beim Aufbau eines Quartiersmanagements oder bei der Organisation eines (engagementgetragenen) Mobilitätssystems. Flankierend sollten rechtliche Normen und Standards an sich und ihre Anwendung durch die Genehmigungs- und Kontrollbehörden stärker auf den Grundgedanken des Ermöglichens und Befähigens ausgerichtet werden. Das bedeutet mehr Spielraum für Experimente und mehr Flexibilität für eine bedarfsgerechte und offene Anwendung. Für die Anpassung der Daseinsvorsorge an demografische Veränderungen und für die Ausgestaltung der Schnittstellen zwischen professioneller Tätigkeit und Ehrenamt ist eine Flexibilität steuerrechtlicher, versicherungsrechtlicher sowie organisatorischer und technischer Vorgaben erforderlich (IfS 2014).

Auf den ersten Blick scheint der finanzielle Handlungsspielraum der Kommunen im Allgemeinen ausreichend. Die Einnahmen sind konjunkturbedingt gestiegen. Die Kommunalverschuldung ist vergleichsweise niedrig. Allerdings ist die finanzielle Situation der Gemeinden regional sehr unterschiedlich. Es gibt deutliche Unterschiede bei der Verschuldung, den Ausgaben und den Einnahmebedingungen. Zudem werden die Schuldenbremse, das Auslaufen der Solidarpaktmittel, die Neuordnung des Finanzausgleichs und die Reduzierung der EU-Strukturfondsmittel die kommunalen Handlungsspielräume voraussichtlich weiter einengen und die Umsetzung eines hier vorgestellten erweiterten Verständnis der Daseinsvorsorge verhindern. Schon jetzt lässt sich bei den Gemeinden die Tendenz beobachten, zur Haushaltskonsolidierung Ausgaben für freiwillige Leistungen, Investitionen und Infrastrukturmaßnahmen zu kürzen. Die Finanzknappheit insbesondere der Kommunen bei gleichzeitiger

Notwendigkeit der Finanzierung von neuen sozialen Aufgaben (z. B. der Flüchtlingsunterbringung und -betreuung) darf nicht dazu führen, dass die Aufgaben der Daseinsvorsorge eingeschränkt werden.

Vor allem die Sozialausgaben sind in den letzten Jahren stark gestiegen und dominieren die Ausgabenstruktur in vielen Gemeinden. Gerade in diesen Gemeinden und Städten aber werden die Ausgaben noch steigen, die auch gerade alten Menschen nicht nur finanzielle Hilfe ermöglichen sollen, sondern auch Eigenständigkeit und soziale Teilhabe. Besonders gering sind die Spielräume in den schrumpfenden Kommunen mit einem wachsenden Anteil alter Menschen.

Das kommunale Daseinsvorsorgemanagement ist eine Aufgabe, die über die Pflichtaufgaben hinausreicht. Daher gibt es Forderungen, die sektorenübergreifende Koordination der kommunalen Daseinsvorsorge ebenfalls zu einer verpflichtenden Aufgabe zu machen (vgl. BMVI 2015). Entsprechend des Konnexitätsprinzips müssten dann die Länder für den finanziellen Mehraufwand der Kommunen aufkommen. Überhaupt fordern viele Kommunen neben einer besseren finanziellen Ausstattung vor allem eine konsequente Anwendung des Konnexitätsprinzips, um ihre Aufgaben finanziell zu kompensieren. Die vollständige Übernahme der Kosten für die Grundsicherung im Alter durch den Bund weist beispielsweise in diese Richtung. Sie war eine wichtige Entlastung für die Kommunen. Würde der Bund weiter den Weg zu einer vollständigen Kostenübernahme solcher Sozialleistungen gehen, wäre dies ein wichtiger Schritt zur finanziellen Entlastung der Kommunen und würde mehr Spielraum für ein kommunales Daseinsvorsorgemanagement schaffen (Wagschal 2014).

Flankierend könnte ein gesondertes Daseinsvorsorgeprogramm von Bund und Ländern die Handlungsspielräume der Kommunen verbessern und gleichzeitig durch zweckgebundene Zuweisungen gezielt Eckpunkte für eine strategisch-konzeptionelle Ausrichtung des kommunalen Daseinsvorsorgemanagements implementieren. Denkbar wäre eine Finanzierung zum Beispiel im Zuge der Neuausrichtung des Solidarpakts II über eine neue Gemeinschaftsaufgabe Daseinsvorsorge (Kersten, Neu und Vogel 2015) oder die Integration der Aufgaben der Daseinsvorsorge in eine neue Gemeinschaftsaufgabe „Ländliche Entwicklung“. Erforderlich ist darüber hinaus im Rahmen der landespolitischen Eigenverantwortung ein wirksamer interkommunaler Finanzausgleich, der mit dem Ziel der Überwindung von strukturellen Disparitäten der Solidarität auf Landesebene dient.

2.10 Fazit

Für die Expertenkommission des Siebten Altenberichts ist die kommunale Daseinsvorsorge die Grundlage für ein gutes Leben im Alter. Verantwortlich für die Ausgestaltung der Daseinsvorsorge sind Staat und Kommunen. Das Rechtssystem bietet dafür einen weiten Rahmen. Wesentlich für das gute Leben im Alter sind Gesundheit, Sorge und Pflege, Wohnen, Mobilität und deren Ausgestaltung auf der örtlichen Ebene. Leistungen, Güter und Angebote der Daseinsvorsorge sollten aber nicht als Zweck an sich, sondern als Mittel zum Zweck gedacht und verstanden werden. Ziel ist es, jeden Menschen zu befähigen, seine Möglichkeiten und Fertigkeiten so zu nutzen, dass er eigenverantwortlich, selbstbestimmt und eingebunden in die soziale Gemeinschaft ein gutes Leben führen kann. Form und Art kommunaler und staatlicher Daseinsvorsorge sollten daher ausgerichtet sein auf ihre Funktionen und Ergebnisse und sich an der Summe und den Wechselwirkungen der einzelnen Bereiche und Leistungen orientieren. Nicht zuletzt erfordern soziale und räumliche Vielfalt und Ungleichheiten solidarische und differenzierte Wege und Strategien. Gerade die Neujustierung des Verhältnisses von Staat, Kommune, Wohlfahrtsverbänden, Unternehmen und Bürgerinnen und Bürgern auf der lokalen Ebene stellt erhöhte Anforderungen an Kommunikation, Zusammenarbeit und Management im Rahmen dieser Koproduktion von Daseinsvorsorge. Die Verantwortung für die Umsetzung haben die Kommunen. Sie benötigen dafür die Kompetenzen, rechtliche, finanzielle und institutionelle Rahmenbedingungen sowie Begleitung und Beratung von Bund und Ländern. Orientierung für diese Neuordnung und Koordinierung der unterschiedlichen Ebenen und Institutionen, Träger und Akteure in einem ausdifferenzierten Sozialstaat bildet das Subsidiaritätsprinzip. Insbesondere in den Lebenswelten von Kommune, Dorf und Quartier kann und sollte eine Neuauslegung des Subsidiaritätsprinzips als Ordnungsrahmen für lokale Strukturen und Netzwerke dienen.

3. Subsidiarität als Ordnungsrahmen für lokale Strukturen und Netzwerke

Die Altenberichtskommission sieht im Prinzip der Subsidiarität eine zentrale Grundlage für den Aufbau und die Sicherung zukunftsfähiger Sorgestrukturen. Eine Orientierung am Subsidiaritätsprinzip erscheint – wie schon in der Einleitung ausgeführt – naheliegend, weil es das Zusammenwirken von Staat, Kommune, professionell Tätigen, familiären und außerfamiliären Netzwerken zum Gegenstand hat.

3.1 Einleitung

Den Ausgangspunkt des Subsidiaritätsgedankens bildet im modernen Staat die Verantwortung von Staat und Kommunen für die Vorhaltung von infrastrukturellen und sozialen Ressourcen, die die Verwirklichung von Selbstbestimmung und Teilhabe begründen. Subsidiarität ist in vielfältiger Weise ein verbindlicher, wenn auch auslegungsbedürftiger Grundsatz im deutschen und europäischen Recht, der im EU-Vertrag ebenso verankert ist wie in der Aufgaben- und Kompetenzzuschreibung zugunsten der Kommunen in Artikel 28 GG, wie im Schutz von Ehe und Familie im Familienrecht, wie in Vor- und Nachrangregelungen im Sozialrecht oder der Stellung der Wohlfahrtsverbände, etwa im SGB VIII.

Mit der Ausführung ihres Verständnisses von Subsidiarität strebt die Kommission an, die Grundlagen unserer Gesellschafts- und Sozialpolitik wieder stärker bewusst zu machen. Dies scheint angesichts einer in Politik, Öffentlichkeit und Fachdiskursen nicht selten stark vereinfachenden Rezeption, welche Subsidiarität auf formale Vorrangregelungen reduziert oder mit dem Rückzug des Sozialstaates aus Verantwortungsrollen assoziiert (vgl. zur aktuellen Diskussion Bode 2013; Grohs u. a. 2014; Droß und Rentzsch 2014), dringend geboten. Derartig eingeengte und einengende Interpretationen von Subsidiarität werden weder der Verbindlichkeit des Grundsatzes gerecht, noch können sie als angemessene Grundlage verstanden werden, auf der gesellschaftliche und sozialstaatliche Optionen zur Gestaltung des demografischen Wandels in den Blick genommen werden. Die Erschließung und Konzeptionierung lokaler Politikansätze für die Sorgefähigkeit der Gesellschaft und ihrer bundes- und landespolitischen Flankierung verlangt nach einem anthropologisch und grundrechtlich fundierten Sozialpolitikansatz.

Dabei muss der Subsidiaritätsgrundsatz vor dem Hintergrund der Bedingungen unserer Gesellschaft durchdacht werden. Der von der katholischen Soziallehre ausdifferenzierte, an dem Bild konzentrischer Kreise von Verantwortlichkeiten ausgerichtete Subsidiaritätsgrundsatz (Nell-Breuning 1977) ist auf die Bedingungen spätmoderner Gesellschaften hin weiterzuentwickeln beziehungsweise anzupassen. Insbesondere bedarf es nach Auffassung der Kommission eines Gegenmodells zu der immer dominanter werdenden Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitswesens (Eyßell 2015; Heinze und Schneiders 2014) sowie der immer stärker ausgeprägten sozialadministrativen, bürokratischen und zentralistischen Steuerung von sozialen Sicherungssystemen, die grundlegende Prinzipien der Subsidiarität verletzen. Effizienzpotenziale werden dabei ebenso ungenutzt gelassen wie sie soziale Innovationen behindern. Vielfach stehen nicht mehr Selbstorganisationsfähigkeit der Menschen, Stützung nachbarschaftlicher Gemeinschaft, Fokussierung lokaler Lebensbedingungen und Ressourcen im Vordergrund sozialstaatlicher Steuerung, sondern zentralistische Qualitätsvorgaben und Aushandlungsprozesse zwischen Agenturen von „Stakeholdern" der Leistungserbringer und -träger.

Zudem muss der Subsidiaritätsgrundsatz, der die Bedingungen spätmoderner Gesellschaften aufnimmt, auch eine Auseinandersetzung mit der Ordnung der Geschlechterverhältnisse führen. Die Systeme sozialer Sicherung binden die Anspruchsberechtigung für viele Leistungen noch immer an eigene Erwerbstätigkeit. Somit muss auch Subsidiarität geschlechtergerecht gedacht und weiter entwickelt werden, um die unentgeltliche reproduktive Sorge-Arbeit, die weitgehend von Frauen geleistet wird, in Wert zu setzen und so auch ihre beruflichen Verwirklichungschancen und ihre Altersabsicherung zu gewährleisten.

3.2 Subsidiarität als zentrales Gestaltungsprinzip des Sozialstaates

Gegenstand des Subsidiaritätsprinzips ist – allgemein gesprochen – die Koordination der politischen und gesellschaftlichen Ordnung und die Klärung des Verhältnisses der unterschiedlichen Ebenen in unserem ausdifferenzierten Sozialstaat zueinander: Individuum, Familie, informelle soziale Netze, Nachbarschaft, Quartiere, Vereine, Genossenschaften, Initiativen und andere Formen der Selbstorganisation, Kommunen, Länder und der Bund.

Grundlegend für das Subsidiaritätsprinzip ist zum einen die Annahme, dass viele Menschen Freiheit, Selbstverantwortung und aktive Mitgestaltung von Öffentlichkeit anstreben. Menschen wollen die Erfahrung machen, sowohl von anderen Menschen gebraucht zu werden als auch etwas für andere Menschen tun zu können. Zum anderen besitzen die primären und sekundären sozialen Netzwerke – die „kleinen Lebenskreise“ – eine präzise, dem Bemühen um Gestaltung von Gesellschaft zugrunde zulegende Vorstellung davon, was den einzelnen Netzwerkbeteiligten guttut und in deren Interesse wie im Interesse aller zu tun ist. Jedoch darf das formalisierte Engagement dabei nicht überschätzt werden. Gerade im Alter spielen die unmittelbaren, auch nachbarschaftlichen Beziehungen, innerhalb derer man Verantwortung übernimmt, eine wichtige Rolle (vgl. Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung 2014; Deutscher Städte- und Gemeindebund und SONG 2012 sowie Kapitel 7 und 8 in diesem Bericht). Die Frage, die sich stellt und die auch für den Kommissionsbericht essenziell ist, lautet: Inwieweit werden Frauen und Männer sowie informelle soziale Netzwerke von Kommune und Staat in der Verwirklichung dieser Orientierungen (selbstverantwortliches Leben, mitverantwortliches Leben, Teilhabe) unterstützt? Diese Frage gewinnt besondere Bedeutung angesichts der Tatsache, dass die materiellen und ideellen Güter auch in der älteren Generation ungleich verteilt sind und zudem große Unterschiede mit Blick auf Gesundheit und Selbstständigkeit im Alltag bestehen. Wie können Menschen, die materiell benachteiligt sind und damit verbunden auch schlechtere Gesundheitschancen haben, in ihrer Selbstbestimmung unterstützt und gefördert werden? Hier wird nicht nur die Verantwortung der Sozialleistungsträger, der Kommune und der Gesellschaft relevant, sondern auch die Verantwortung jener Menschen, die über materielle und ideelle Güter in einem Maße verfügen, dass sie andere Menschen unterstützen und sogar Kommune und Staat entlasten könnten: Es wird immer auch an jede Einzelperson appelliert, sich im Falle einer ausgeprägten Ressourcenausstattung (materielle Ressourcen, Bildung, soziale Beziehungen etc.) ihrer Verantwortung für das Gemeinwohl bewusst zu sein, welches sie (mit) in die Lage versetzt hat, diese Güter auf- und auszubauen. Damit wird zugleich eine politische und gesellschaftspolitische Aufgabe beschrieben.

Ausgangspunkt der meisten neueren Erörterungen zur Subsidiarität ist die Warnung vor einem übermächtigen, bürokratisierten Wohlfahrtsstaat, der die Eigeninitiative und Eigenverantwortung der Bürgerschaft gelähmt habe und zudem zu viele finanzielle Mittel verschlinge. Die Wiederbelebung des Subsidiaritätsprinzips verspreche hier eine finanzielle Entlastung des Staates, weil bislang staatlich erledigte Aufgaben verschoben werden könnten.

Das Subsidiaritätsprinzip wäre jedoch fehlinterpretiert, wenn man es mit einer Entpflichtung des Staates gleichsetzte. Ein modernes Subsidiaritätsverständnis sieht den Staat in der Vorleistungspflicht, Bedingungen zu schaffen, zu erhalten und zu fördern, in denen sich die Verantwortung in kleinen Lebenskreisen wirksam gestalten und wahrnehmen lässt. Zu diesen Bedingungen gehören auch sozial- und arbeitsmarktpolitische Initiativen, die eine Vereinbarkeit von Mitverantwortung für Andere in der Familie und über die Familie hinaus und zugleich die eigene Erwerbstätigkeit ermöglichen. Die Frage nach der Verantwortung der Einzelnen gegenüber sich selbst und anderen stellt sich immer vor dem Hintergrund der Daseinsvorsorge, deren Gewährleistung explizit staatliche Aufgabe ist.

Von einer solchen Fehlinterpretation von Subsidiarität im Sinne von Selbstorganisation als „Ausfallbürge“ staatlicher Leistungen unterscheidet sich das Verständnis der Altenberichtskommission grundlegend. Wenn von Subsidiarität als einem zentralen Gestaltungsprinzip des Sozialstaates gesprochen wird, ist auch zu untersuchen, wie sich das Verhältnis Staat – Wohlfahrtsverbände (in ihrer Vorrangstellung) – Bürger (Gesellschaft) gewandelt hat und welche neuen Anforderungen sich hier im Hinblick auf die Verwirklichung des Subsidiaritätsgedankens ergeben. Eine ganz ähnliche Analyse ist auch mit Blick auf die privaten Anbieter sozialer Dienstleistungen notwendig.

Dass mit dem Subsidiaritätsbegriff keine Abwertung oder sogar Ablösung staatlicher und wohlfahrtsverbandlicher Leistungen verbunden ist, zeigen die nach wie vor bestehenden vielfältigen Arbeitsfelder der Wohlfahrtspflege im System der sozialen Dienste. Ein Großteil der sozialen Dienste in Deutschland wird durch freigemeinnützige und private Träger bereitgestellt. Seit Jahrzehnten erbringen die Einrichtungen, die direkt oder mittelbar den fünf großen Wohlfahrtsverbänden (Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk, Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt sowie Der Paritätische) angehören, den überwiegenden Teil sozialer Dienstleistungen; dabei ist zu berücksichtigen, dass im Bereich der Altenhilfe sowie der Versorgung im Krankenhaus die privaten Träger eine immer größere Bedeutung erlangen. Die Caritas ist inzwischen der größte private Arbeitgeber in Deutschland; Assoziationen in Richtung „Sozialkonzerne“ haben hier ihren Ursprung. Sowohl im Gesundheitssektor als auch in der Altenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe sowie in der Behindertenhilfe verfügen die Verbände über erhebliche Personalbestände und Infrastrukturen: Nach der Gesamtstatistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW 2014: 10) gab es im Jahr 2012 in der Freien Wohlfahrtspflege bundesweit

105.295 Einrichtungen und Dienste mit insgesamt 3.702.245 Plätzen beziehungsweise Betten.[3] In den Einrichtungen und Diensten waren insgesamt 1.673.861 Personen hauptamtlich beschäftigt, von ihnen sind 727.694 Vollzeitarbeitskräfte (43 %) und 946.167 Teilzeitarbeitskräfte (57 %). Damit stellen allein die Wohlfahrtsverbände rund 4 Prozent aller Arbeitsplätze in Deutschland. Schaut man auf die Felder, von der Jugend- und Familienhilfe bis hin zur Alten- und Gesundheitshilfe, dann wird die markante Stellung der Wohlfahrtsverbände offensichtlich: Im Bereich der Gesundheitshilfe befanden sich 36 Prozent der Krankenhäuser mit rund einem Drittel aller Betten und Plätze in ihren Händen, im stationären Altenhilfebereich stellten sie im Jahr 2011 mehr als die Hälfte (54 %) aller Pflegeheime, und dort arbeiteten 60 Prozent aller Beschäftigten dieses Sektors.

Das eingespielte Zusammenwirken von Staat und Wohlfahrtsverbänden, das sozialrechtlich und moralisch durch das Subsidiaritätsprinzip abgesichert wird, hat aber in den letzten Jahren Legitimationsverluste erlitten. Die Gefahr einer „Auszehrung" der sozialrechtlich privilegierten Wohlfahrtsverbände wird inzwischen in der Öffentlichkeit explizit thematisiert. So wird sowohl der Politik als auch den Wohlfahrtsverbänden nicht selten Orientierungslosigkeit und die Kurzfristigkeit politischer Strategien unterstellt. Und auch mit Blick auf kirchliche Wohlfahrtsverbände wird öffentlich wie auch innerkirchlich (selbst-)kritisch argumentiert, dass die Wohlfahrtsverbände zwar nicht selten mit einem starken moralischen Mandat aufträten, dieses aber nicht immer als Orientierungspunkt ihres konkreten Handelns wählten (Graf 2011).

Wenngleich Caritas und Diakonie in der Bevölkerung größeres Ansehen als die Amtskirchen besitzen und sie zudem durch den beeindruckenden Ausbau des westdeutschen Wohlfahrtssystems erhebliche Statusgewinne gegenüber öffentlichen Einrichtungen zu verzeichnen haben (die Caritas wuchs beispielsweise von 137.500 Beschäftigten im Jahr 1960 auf heute über 500.000, ähnlich das Diakonische Werk), so sind doch in den letzten Jahren Irritationen und Fehlentwicklungen im Sozialkorporatismus unübersehbar.[4] Dies gilt aber nicht nur für die kirchlichen Wohlfahrtsorganisationen – alle großen Wohlfahrtsverbände stehen angesichts des sozialen Wandels und der Sparpolitik vor erheblichen organisatorischen und konzeptionellen Herausforderungen. Seit marktwirtschaftliche Wettbewerbsmechanismen auch den „Wohlfahrtsmarkt" wesentlich regulieren, geben viele Träger diesen Druck durch die Einführung betriebswirtschaftlicher Muster (z. B. Outsourcing, Fusionen), die teilweise unreflektiert aus der Privatwirtschaft übernommen werden, an ihre Organisationen und Beschäftigten weiter. Die Konkurrenz der Anbieter sozialer Dienste untereinander verstärkt Asymmetrien im Verhältnis von Leistungsträgern zu Leistungserbringern. Wurden diese Veränderungen in der Wohlfahrtsbranche zunächst kaum öffentlich registriert, so lösen sie inzwischen Proteste von Beschäftigten und Gewerkschaften aus, und werden mit Forderungen nach einer weitgehenden Gleichbehandlung von gewerblichen und freigemeinnützigen Trägern verknüpft. Die vielfach kritisierten Entwicklungen dürfen die Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege als für wohlfahrtspluralistische Arrangements sehr bedeutsame Stabilisatoren sowie als intermediäre Instanzen, in und an denen sich die Mitverantwortungsbereitschaft von Bürgerinnen und Bürgern organisatorisch anschließt und entfaltet, nicht überlagern.

Das besondere Kennzeichen der Wohlfahrtspflege, durch eine Integration der drei Steuerungsformen (öffentlich-rechtlich, solidarisch, marktförmig) den speziellen Anforderungen sozialer Dienste gerecht zu werden, gerät zunehmend unter Druck. Dabei darf nicht verkannt werden, dass private Anbieter und Träger ebenso wie Wohlfahrtsverbände eine gesellschaftliche und soziale Verantwortung tragen, wenn sie sozialstaatliche Aufgaben wahrnehmen.

In der einschlägigen Literatur dominiert die These, dass die Vermarktlichung (inkl. der Privatisierung sozialer Dienste) weitergehen, ja zu einem Schlüsselthema des 21. Jahrhunderts werden wird (Busemeyer u. a. 2013; Bode 2013; Grohs u. a. 2014). Der traditionelle deutsche Weg der Produktion sozialer Dienste wird im Zuge dieser Entwicklung modifiziert werden. Einzelne Verbandsorganisationen haben in den letzten Jahren erkannt, dass der klassische Korporatismus mit den damit verbundenen Privilegien (etwa den traditionellen Trägerauswahlverfahren) zu Ende geht. Erhebliche Modernisierungsschritte hinsichtlich der „Governance" sozialer Dienste sind längst eingeleitet und erfordern ein aktives Umsteuern. Erste Reaktionen aus den Wohlfahrtsverbänden zeigen, dass dieser Paradigmenwandel und die veränderten Akteurskonstellationen zu einer Zersplitterung innerhalb des

---

[3] Geht man über die Wohlfahrtsverbände hinaus und schaut insgesamt auf den Dritten Sektor, dann ist von rund 600.000 Organisationen zu sprechen, in denen rund 2,3 Mio. Personen sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind (plus 300.000 geringfügig Beschäftigte) (Rosenski 2012).

[4] Vgl. die Beiträge in Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 2/2013.

Wohlfahrtssystems führen können. Insofern stehen Wohlfahrtsverbände unter einem bislang unbekannten Rechtfertigungsdruck – auch und gerade mit Blick auf die Anfragen der Monopolkommission (Monopolkommission 2014).

Eine aktive Modernisierungsstrategie sollte über öffentliches Klagen bezüglich unzureichender finanzieller Ressourcen hinausgehen – auch wenn die Klage angesichts der Haushaltslage vieler Kommunen und damit zusammenhängender harter Budgetverhandlungen in einigen Bereichen durchaus berechtigt ist. Intern wird in manchen Wohlfahrtsverbänden bereits über eine Umkehrung des Subsidiaritätsprinzips diskutiert. Demnach können nicht mehr alle sozialen Aufgaben unter den gegebenen restriktiven Umständen durch die Verbände angeboten werden. Eine Ablehnung oder gar Rückgabe von Leistungen an den Staat wird in einzelnen Verbandsgremien ernsthaft erwogen. Solche grundsätzlichen Thematisierungen lassen erkennen, welche Organisations-, wenn nicht sogar Existenzprobleme Wohlfahrtsverbände derzeit berühren. Sie ringen um eine Legitimation ihrer Privilegierung, wobei diese Legitimation unter sich ändernden Bedingungen des öffentlichen Raums immer wieder aufs Neue zu erbringen ist. Gegenwärtig ergeben sich Problemsituationen aus den Finanzierungsschwierigkeiten der öffentlichen Hand, die die Wohlfahrtsverbände unmittelbar berühren und die letzten Endes zu einer Thematisierung der konkreten Verwirklichung des Subsidiaritätsprinzips durch die freien Träger geführt haben. Die wieder bedeutsamer werdenden intermediären Funktionen der Wohlfahrtsverbände (etwa Räume bieten für die Verantwortungsübernahme von Bürgerinnen und Bürgern) lassen sich angesichts der zum Teil prekären Haushaltssituation der Kommunen und der Finanzierungsprobleme der freien Wohlfahrtspflege immer schwieriger aufrechterhalten. Doch auch die Frage, wie das zivilgesellschaftliche Engagement in unserer Gesellschaft weiter gestärkt und ausgebaut werden kann, muss in diesen Legitimationsdiskurs integriert werden: Zeigen die Wohlfahrtsverbände Interesse an freiwilligen Aktivitäten und unterstützen diese? Deuten sie das freiwillige Engagement nicht als Konkurrenz, sondern als eine Bereicherung des öffentlichen Raumes? Inwieweit erweisen sie sich als Institutionen, in denen das freiwillige Engagement – gefördert durch die Zusammenarbeit mit Professionellen – besonders effektiv und für alle Seiten zufriedenstellend geleistet werden kann? Inwieweit gelingt es den Wohlfahrtsverbänden, das Interesse der Bürgerinnen und Bürger an freiwilligem Engagement in bestehende Strukturen zu integrieren?

In den aktuellen Diskursen im Sozialsektor geht es weder um eine Verstaatlichung noch um eine (ohnehin derzeit diskreditierte) Vermarktlichung, sondern vielmehr um eine neue Komplementarität (vgl. die Beiträge in Zimmer und Simsa 2014). Die mit dem Wohlfahrtsstaat verbundenen Anliegen einer gerechten, existenz- und teilhabesichernden Gewährleistung sozialer Rechte darf auch in einer Zeit nicht abgeschrieben werden, in der die Beeinflussung der Sozialpolitik schwieriger wird – auch angesichts der Schwächung der NGOs im Markt des Sozialen. Dafür ist dieser viel zu sehr in allen Bereichen der Gesellschaft präsent und entwickelt auch intelligente Problemlösungen – allerdings vielfach erst durch hohen Druck. Für den Umbauprozess in Richtung auf eine bessere Balance zwischen Staat, Markt und aktiver Gesellschaft liegt jedoch bislang kein Konzept vor. Angesichts des Marktversagens und der drohenden Überforderung des Staates sind wieder gesellschaftliche Ordnungsleistungen gefragt, wenngleich die gesellschaftlichen Akteure (etwa die Verbände) unter multiplem Druck stehen, was die Dynamik deutlich einschränkt.

Hier setzt die Neukonzeptionierung des Subsidiaritätsprinzips an und skizziert eine neu ausbalancierte Architektur der sozialen Dienste in Deutschland. Sie setzt auf die bewährten Ressourcen der Wohlfahrtsproduktion, ergänzt und kombiniert diese aber neu vor dem Hintergrund der Individualisierung der Lebensführung, der Pluralisierung sozialer Milieus und der kulturellen Heterogenisierung (als die drei Hauptlinien des sozialen Wandels) mit neuen zivilgesellschaftlichen Herausforderungen. Kooperation, Partizipation, Vernetzung und besseres Case Management sind die Schlüsselfragen im Bereich der auf alte Menschen bezogenen sozialen Dienste. Die bisher nebeneinander stehenden Einrichtungen müssen neu vernetzt werden, sodass Reibungsverluste verhindert und Ressourcen gebündelt werden in Richtung des Aufbaus einer lokalen sozialen Infrastruktur. Es ist jedoch nicht zu erwarten, dass diese neue Architektur in einer solchen organisatorischen Stabilität existieren kann, wie der traditionelle Wohlfahrtskorporatismus: Innovative subsidiär orientierte Lösungen sind heterogener, situationsbezogener und eher als hybride Lösungen aufzufassen.

Eine Marktwirtschaft kommt ohne soziale Solidarität und politische Regulierung nicht aus. Märkte können sinnvoll und gemeinwohlverträglich nur in definierten Grenzen expandieren. Sie müssen durch etwas begrenzt werden, was sie selbst nicht schaffen können und marktförmig nicht zustande kommen kann, sondern durch eine ausgleichende, einhegende Politik geschaffen werden muss. Innovationen im Wohlfahrtssektor sind nicht alternativ als Frage des Wohlfahrtsstaates oder der Privatisierung zu diskutieren, sondern müssen als kreative Vermischung verschiedener Sektoren und Akteure aufgefasst und gesteuert werden. Eine Neuinterpretation des Subsidiaritätsprinzips könnte insofern konstruktiv zur Lösung anstehender wohlfahrtsstaatlicher Herausforderungen

beitragen, als dass sie auf eine bessere komplementäre Vernetzung der drei Steuerungsressourcen Staat, Markt und Solidarität zielt. Eine steuerungstheoretische Rekonstruktion des Subsidiaritätsprinzips könnte auch nicht mehr allein die Vorrangstellung der traditionellen Wohlfahrtsverbände festigen, sondern offensiv für eine Rekombination und neue Balance zwischen verschiedenen Formen von Eigenhilfe und Fremdhilfe und eine sektorenübergreifende (integrierte) Versorgung eintreten. Je dominanter zentralistisch eine Ordnung, desto geringer ist die zivilgesellschaftliche Verantwortung und desto gefährdeter ist das Prinzip der Selbst- und Mitverantwortung. Menschen in einer besonderen Lebenssituation, wie der der Abhängigkeit von fremder Hilfe, zu „passiven Leistungsempfängern" zu degradieren, beraubt sie ihrer Personalität. Sie werden zu Objekten staatlich reglementierter Dienstleistungen.

Eine neue Struktur von Angeboten im subsidiären Sozialstaat muss von den Trägern der Daseinsvorsorge gewährleistet und gesteuert werden (vgl. Kapitel 2 in diesem Bericht).

3.3 Kooperation zwischen professionellen und nicht professionellen Akteuren in lokalen Strukturen und Netzwerken

Wenn im Zusammenhang mit der von Kommunen zu leistenden Daseinsvorsorge von lokalen Strukturen und Netzwerken in ihrer Bedeutung für Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität älterer Menschen die Rede ist, dann steht vor allem die Frage im Vordergrund, inwieweit ältere Menschen bei Bedarf Zugang zu Dienstleistungen haben, die von professionellen Anbietern erbracht werden. Mit Blick auf die Betreuung und Versorgung von in stärkerem Maße auf Unterstützungsleistungen angewiesenen älteren Menschen steht für die Kommune insbesondere die Aufgabe im Vordergrund, die Verfügbarkeit und Vernetzung professioneller Dienste im Wohnquartier oder in der Gemeinde zu ermöglichen und zu sichern. Mit Blick auf die Förderung sozialer Teilhabe stellt sich die Aufgabe, eine angemessene Infrastruktur bereitzustellen, die eine selbstverantwortliche Alltagsgestaltung maximal unterstützt. Hierbei sollte ein möglichst technisch, sozial und kulturell barrierefreier Zugang zu Geschäften, Behörden und Ämtern, öffentlichen Verkehrsmitteln, fachärztlicher Versorgung, aber auch zu Freizeit-, Kultur- und Bildungsangeboten eröffnet werden. Auch bei zunehmenden altersbedingten Einschränkungen und geringen materiellen Ressourcen sollte es Menschen ermöglicht werden, in ihrer vertrauten Wohnumgebung zu bleiben, wenn sie dies wollen.

Ausgehend vom Grundsatz der Subsidiarität ist zu fragen, inwieweit es gelingen kann, die Selbstorganisations- und Sorgefähigkeit der „kleinen Lebenskreise" – der Familie, Angehörigen, Nachbarn, Bekannten und darüber hinaus engagierten Frauen und Männer – zu würdigen, zu stärken und in neuen Formen zu initiieren. Professionelle Fachkräfte haben in einem solchen Verständnis eine dienende, unterstützende und anleitende Funktion gegenüber der Selbstorganisationsfähigkeit der Gesellschaft im Kleinen. Die Förderung und der Erhalt von Partizipation stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Verwirklichung von Solidarität in der Gesellschaft. Die Unterstützung Anderer ist von Angehörigen, Nachbarn, Bekannten und ehrenamtlich engagierten Menschen als Aufgabe der Bewirtschaftung des eigenen und gemeinsamen Lebens anzusehen. Dabei ist allerdings auch zu beachten, dass „Sorgearbeit" im Kontext von Pflege vor allem von Frauen erbrachte Arbeit ist. Das familiäre und ehrenamtliche Engagement wird vorwiegend von Frauen erbracht. Damit ergibt sich mit Blick auf die Subsidiarität als Ordnungsrahmen für lokale Strukturen und Netzwerke die Notwendigkeit, Gender-Faktoren stärker in den Blick zu nehmen und dabei gezielt zu fragen, (a) inwieweit dieses von Frauen ausgeübte Engagement mit möglichen Benachteiligungen im Hinblick auf die Verwirklichung von anderen Entwicklungschancen – vor allem im Beruf – verbunden ist, (b) inwieweit Frauen bei der Ausübung dieses Engagements gezielt unterstützt werden können, (c) inwieweit Männer vermehrt und gezielter angesprochen werden können, sich an diesen Formen des Engagements zu beteiligen – ein für die Umsetzung des Subsidiaritätsgedankens wichtiger Punkt.

Zentral für den Begriff der Subsidiarität ist, wie eingangs dargestellt, die Idee, dass Bedarfe vorzugsweise dort zu decken sind, wo sie entstehen, und dies eben nicht nur, weil dadurch übergeordnete Institutionen entlastet werden, sondern weil Unterstützungsleistungen die detaillierte Kenntnis der individuellen Situation und ihrer Chancen und Risiken voraussetzen. Angehörige, Nachbarn und freiwillig Engagierte haben oft einen anderen Zugang zu älteren Menschen in einem Sozialraum als professionelle Fachkräfte beziehungsweise Institutionen und sind so häufig besser in der Lage, individuelle Bedürfnisse zu erkennen und sich in ihren Formen der Unterstützung an diesen zu orientieren. Eine kommunale Sorgepolitik findet in einem subsidiären Arbeitsansatz ihre besondere Qualität und orientiert die Förderung der Kooperation zwischen Fachkräften und Bürgerinnen und Bürgern im

Sinne der Subsidiarität. In modernen Quartiersansätzen werden derartige Ansätze in vielfältiger Weise bereits praktiziert (Deffner und Meisel 2013; Fehren und Hinte 2013).

Für jene Menschen, die einen Hilfe- und Pflegebedarf haben, sind unterstützende Netzwerke wichtig, in denen die professionelle Pflege nach Möglichkeit durch zwei weitere Komponenten unterstützt wird: die familiäre Pflege und die auf bürgerschaftlichem Engagement gründende Sorge. Gemeint ist hier, dass alle Aufgaben, die im Einzelfall das Tätigwerden von Fachkräften erfordern, tatsächlich von diesen ausgeführt werden. Die Koordination des Hilfe-Mix könnte, je nachdem, wer an dem Arrangement beteiligt ist, von unterschiedlichen Akteuren geleistet werden: von Angehörigen, ehrenamtlichen Patienten- oder Pflegebegleitern bis zum Case-Manager in komplexen Konstellationen. Damit entstünde ein unterstützendes Netzwerk, das sich vom Prinzip der geteilten Verantwortung leiten ließe. Worin aber liegt der Wert solcher unterstützenden Netzwerke?

1. Eine Engagementkultur in Sorge- und Pflegekontexten ist nicht nur im Sinne der Ergänzung (der Tätigkeit von Professionellen wie auch von Familienangehörigen), sondern primär im Sinne der Sicherung von Teilhabe und menschlichen Bereicherung zu verstehen. Neue Beziehungen zu weiteren am Pflegearrangement beteiligten Personen können aufgebaut und neue Deutungs- und Handlungsansätze bei der Bewältigung gegebener Anforderungen erfahren werden.
2. Die Integration der Familien, die einen von Behinderung und Hilfebedarf betroffenen älteren Angehörigen versorgen, in das Gemeinwesen, wird gefördert. Die Betroffenen erfahren, dass man sie unterstützt, dass sich das Gemeinwesen mitverantwortlich für deren Zugehörigkeit und Lebensqualität fühlt und dass das Sorgethema als ein nicht allein individuell, sondern auch kollektiv zu bewältigendes verstanden wird.
3. Der Zusammenhalt der Bürgerschaft wird durch das Engagement ihrer Mitglieder gestärkt. Engagement ist Ausdruck des sozialen Zusammenhalts und der kulturellen Verankerung des sozialen Miteinanders in der Gesellschaft.

Zu betonen ist jedoch nicht nur der besondere Wert solcher unterstützender Netzwerke, sondern auch ihre steigende Bedeutung und Notwendigkeit: Insbesondere die unterschiedlichen Formen nachbarschaftlicher, ehrenamtlicher und genossenschaftlicher Unterstützung werden in Zukunft wichtiger werden: zum einen, weil die Anzahl der Menschen mit Unterstützungsbedarf, unter ihnen viele Menschen mit Demenz, deutlich steigen wird (jüngsten Szenarien zufolge ist, wie bereits in der Einleitung niedergelegt, von einer Verdreifachung der Anzahl von demenzkranken Menschen bis zum Jahre 2050 auszugehen); zum anderen, weil die familiären Hilfe- und Pflegeressourcen erkennbar zurückgehen werden und an ihre Belastungsgrenzen stoßen, und dies aus mehreren Gründen:

- wegen des sich kontinuierlich verändernden quantitativen Verhältnisses zwischen auf Pflege und Unterstützung angewiesenen Familienmitgliedern und pflegenden Angehörigen;
- wegen der sich deutlich erhöhenden, berufsbedingten Mobilität der mittleren Generation;
- wegen der sich weiter erhöhenden (und auch so gewollten) Erwerbsbeteiligung von Frauen;
- wegen der Tendenz zur zeitlichen und räumlichen Entgrenzung der Berufstätigkeit, die eine Vereinbarung mit Sorgearbeit (ob sie sich auf Kinder, Menschen mit Einschränkungen oder ältere unterstützungsbedürftige Menschen bezieht) erschwert;
- wegen des sozialen und kulturellen Wandels, der sich in einer zurückgehenden Bereitschaft und Möglichkeit zur Übernahme von umfassenden Sorgeaufgaben in Familie und Nachbarschaft ausdrückt.

Allerdings werden die Kapazitäten „außerfamiliären“ Engagements in ähnlicher Weise wie die innerfamiliäre Unterstützung durch die hier beschriebenen gesellschaftsstrukturellen Veränderungen eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund muss der Ermöglichung der Sorgearbeit gesellschafts- und wirtschaftspolitisch größere Aufmerksamkeit zukommen. Für Männer und Frauen muss die Vereinbarkeit auch anspruchsvoller Berufswege mit Sorge-Arbeit und außerfamiliärem Engagement gleichermaßen selbstverständlich werden. Dazu gehört auch, dass den Einbußen eigener Altersabsicherung für diejenigen, die diese Arbeit leisten und dafür zum Teil ihre Erwerbstätigkeit reduzieren, stärker als bisher entgegengewirkt werden muss.

Das freiwillig geleistete (nicht verordnete!) Engagement kennt unterschiedliche Handlungsformen, durch die ein Beitrag zur intragenerationellen und intergenerationellen Gerechtigkeit geleistet wird. Diese Handlungsformen sind auch mit Blick auf die Subsidiarität wichtig: Das Modell der unterstützenden Netzwerke, in denen Familienangehörige und freiwillig engagierte Frauen und Männer Verantwortung übernehmen, geht von der Annahme einer besonderen Nähe der engagierten Frauen und Männer zur Lebenswirklichkeit, zum konkreten Alltag des auf

Unterstützung angewiesenen Menschen und seiner Familie aus. Unterstützt werden sie durch Professionelle, welche vor allem infrastruktursichernde und koordinierende Funktionen ausüben und für die Fachlichkeit, die Gestaltung von Aushandlungsprozessen, die professionelle Interaktion – eingebunden in ein fachlich mitverantwortetes Unterstützungsarrangement – verantwortlich bleiben. Netzwerke in den kleinen Lebenskreisen vermögen in vielen Situationen die Stärken wie auch die Verletzlichkeiten eines Individuums und seiner Angehörigen einzuschätzen und differenziert auf diese zu antworten und werden zugleich in ihrer Fähigkeit und dem Kompetenzerwerb unterstützt, sich um vulnerable Menschen zu kümmern. Derartige Netzwerke können eine weitere Stärke darin zeigen, dass sie aufgrund besonderer emotionaler Nähe nicht nur die Ressourcen einer älteren Person erkennen; sondern diese auch darin unterstützen, selber Ressourcen zu verwirklichen. Mit dem Subsidiaritätsprinzip ist ja nicht allein die Hilfe beschrieben, die eine ältere Person im Zusammenspiel von Familienmitgliedern, freiwillig Engagierten und Professionellen erhält. Vielmehr ist dieses Prinzip ausdrücklich offen für jene Hilfe- und Sorgeleistungen, die von der vulnerablen Person selbst ausgehen: die Möglichkeit, empfangene Unterstützung zu erwidern, die Erfahrung, den öffentlichen Raum durch eigenes Handeln aktiv mitgestalten zu können, ist für die Lebensqualität vulnerabler Menschen essenziell. Hier sei angemerkt, dass dieses Motiv, für andere Menschen mitsorgen zu können, auch und gerade wenn man selbst auf umfassendere Unterstützung angewiesen ist, in den Diskussionen über Sorgestrukturen und Versorgungssysteme nicht immer ausreichend bedacht wird. Ein auf vermehrte Berücksichtigung der Teilhabe ausgerichtetes Verständnis von Unterstützungsbedarfen auf Pflege angewiesener Menschen sollte beachten, dass auch die Befähigung zur Übernahme von Mitverantwortung für andere Menschen als ein bedeutsames Ziel von Pflege zu werten ist. Gleichzeitig ist dafür Sorge zu tragen, dass ältere Menschen, die nicht über ein solches Netzwerk verfügen beziehungsweise keinen Anschluss dazu finden, nicht „übersehen“ werden. Zugleich ist zu berücksichtigen, dass diese Übernahme von Mitverantwortung auch Rahmenbedingungen erfordert, die von Kommunen, öffentlichen Einrichtungen, Vereinen und Unternehmen geschaffen werden können. Die Schaffung derartiger Rahmenbedingungen ist vor allem im Hinblick auf die Tatsache zentral, dass ein Großteil der hier ins Zentrum gerückten Mitverantwortung von Frauen geleistet wird, die nicht selten bestimmte Entwicklungsperspektiven aufgeben oder – in Teilen – unverwirklicht lassen (müssen), weil sie sich in besonderem Maße für Menschen innerhalb und außerhalb der Familie (freiwillig) engagieren. Damit wird wieder deutlich, dass bei der Umsetzung des Subsidiaritätsgedankens Gender-Fragen große Aufmerksamkeit erfordern.

Zugleich ist zu berücksichtigen und konzeptionell zu entwickeln, dass und in welcher Weise derartige Netzwerke auf die Unterstützung durch die Kommune angewiesen sind, wenn sie ihre Sorgefähigkeit erhalten wollen und wenn die auf Unterstützung angewiesenen Personen kompetent und zuverlässig – auch unter Wahrung ihrer Menschenrechte – begleitet werden sollen. Dabei benötigt die Kommune ihrerseits Kompetenzen und Ressourcen, die sie in die Lage versetzen, eine derartige Unterstützung sorgeleistender Netzwerke sicherzustellen. Hierzu sollten die Überlegungen und Vorschläge zu einer Strukturreform aufgegriffen werden, wie Aufgaben der Pflegeversicherung konsequent auf der kommunalen Ebene wahrgenommen und mit den kommunalen Aufgaben der Infrastrukturverantwortung, der Sicherung der Daseinsvorsorge und der Koordination der Hilfen im Sinne des Wohlfahrtspluralismus und einem Quartiermanagement oder anderen Ansätzen sozialraumbezogener Arbeit verschränkt werden können (vgl. Kapitel 9 in diesem Bericht). Eine rein nationale Steuerungsfunktion der Pflegeversicherung ist dagegen im Kern nicht mit einer konsequenten Sozialraumorientierung und einer subsidiären Ausrichtung einer Sorge- und Pflegepolitik vereinbar, denn eine derartige Orientierung erfordert in sehr viel stärkerem Maße Ermöglichungs- und Koordinierungsstrukturen unmittelbar vor Ort.

3.4 Ermöglichung von Gegenseitigkeit

Wenn heute im Zusammenhang mit der Verantwortung der Kommune von lokalen Strukturen und Netzwerken die Rede ist, dann erscheinen ältere Frauen und Männer in der Regel einseitig als Hilfeempfangende: Der Auf- und Ausbau von Strukturen und Netzwerken sei notwendig, weil etwas für ältere Menschen getan werden muss, ihre Einschränkungen und Defizite kompensiert werden müssen. Soziale Netzwerke sind allerdings – unabhängig davon, ob in ihnen bedeutende Unterstützungsleistungen für ältere Menschen erbracht werden – auch aus der Perspektive alter Menschen als ein Austausch von Geben und Nehmen zu verstehen.

Mit Blick auf die Verwirklichung einer Sorgekultur reicht es nicht, ältere Menschen vorwiegend oder gar ausschließlich als Umsorgte zu verstehen, sie sind vielmehr auch Sorgegebende, die sich in einer mitverantwortlichen Haltung anderen Menschen zuwenden wollen und zuwenden. Gerade ältere Frauen übernehmen in Familie und Nachbarschaft den größten Anteil an Sorgeaufgaben für andere Ältere, aber auch in nennenswertem Umfang

für Kinder, Enkelkinder und das Gemeinwesen. Es ist zudem zu beobachten, dass bis in das sehr hohe Lebensalter das Motiv der Reziprozität erkennbar ist, also auch für andere Menschen zu sorgen und sich im Sinne einer mitverantwortlichen Haltung zur Welt um andere Menschen zu sorgen. Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass die Möglichkeit, für andere Menschen etwas tun zu können, sich in einer produktiven Weise um Andere (und auch um Gemeinschaft und Gesellschaft) sorgen zu können, von hochbetagten Menschen selbst als Quelle des Zugehörigkeitserlebens und des Wohlbefindens gedeutet wird. Der Austausch von Hilfe, Unterstützung, Anregung zwischen den Generationen, wie er empirisch immer wieder nachgewiesen werden konnte, erweist sich auch dann, wenn man die Generation der Hochbetagten in die Analyse einbezieht, als ein bedeutsames Merkmal intergenerationeller Beziehungen (Generali Zukunftsfond 2014). Wenn man davon ausgeht, dass der soziale Netzwerkgedanke für viele Menschen hohe Attraktivität besitzt, wenn sich in diesen Netzwerken – neben natürlichen Begegnungen – ein Geben und Nehmen von Hilfe und Unterstützung, aber auch von Anregungen verwirklicht, und wenn man weiter annimmt, dass ältere und alte Menschen sich nicht nur als sorgeempfangende, sondern eben auch als sorgegebende Menschen wahrnehmen beziehungsweise verstehen, dann sind damit auch wichtige psychologische Grundlagen für den Subsidiaritätsgedanken angesprochen.

Auf der Handlungsebene des Sozialraums gilt es, entsprechende Gelegenheits- und Ermöglichungsstrukturen zu schaffen, die Nachbarschaft, Bekanntenkreise und freiwillig engagierte Frauen und Männer dabei unterstützen, sich in sozialen Netzwerken, in denen ältere Menschen vor Ort eingebunden sind (als Sorgende wie Sorgeempfangende), zu engagieren. Dies ist eine bedeutende Aufgabe, die von den Kommunen wie auch von den Verbänden wahrzunehmen ist. Diese sind ihrerseits auf Ressourcen angewiesen, um entsprechende Plattformen für freiwilliges Engagement zu schaffen oder genossenschaftliche beziehungsweise solidarische Formen der gegenseitigen Unterstützung zu fördern und zu initiieren. Erfahrungen aus der sozialräumlichen Quartiersgestaltung, die auch entsprechende Dienstleistungsstrukturen und Plattformen für Engagement einschließt, zeigen, dass durch die Bereitstellung von Begegnungsstätten als soziale Orte eine moderne, zugehende Form der Gemeinwesenarbeit wie auch durch eine gute Pflege- und Dienstleistungsstruktur ein wichtiger Beitrag zur sozialen Kohäsion im Quartier sowie zur Netzwerkbildung geleistet werden kann (vgl. die Beiträge in Schnur 2014b sowie Kapitel 4 in diesem Bericht). Wichtig ist dabei, dass ältere Frauen und Männer auch in ihren Interessen und Potenzialen, sich in diese Netzwerke einzubringen, angesprochen werden – auch indem sie durch eigenes Handeln einen Beitrag zum Austausch von Hilfe und Unterstützung zwischen den Generationen leisten. Genossenschaftliche Organisationsformen und Modelle der Bewirtschaftung von Aufgaben der Daseinsvorsorge sind in der Bevölkerung resonanzfähig. Mit diesen Ansätzen könnte ein Beitrag zur Verwirklichung der Subsidiarität in der Gemeinde oder im Quartier geleistet werden.

Ein auf das Subsidiaritätsprinzip gestütztes Konzept der Sorge kann nur dann als seriös gelten, wenn es die jeweilige Lebenslage der potenziell Engagierten mit bedenkt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das hier beschriebene Engagement sowohl von Familienangehörigen als auch von freiwillig Engagierten in deutlich stärkerem Maße von Frauen geleistet wird, die zum Teil dafür ihre Chancen auf eine anspruchsvolle Erwerbstätigkeit und damit auf eine eigene Absicherung im Alter schmälern. Auf verbesserte Möglichkeiten, Formen von Sorgearbeit, ob sie sich auf Kinder und Ältere in der Familie oder das Allgemeinwohl richten, mit unterschiedlichen, auch anspruchsvollen Formen der Erwerbstätigkeit zu verbinden, sollte deshalb politisch weiter hingearbeitet werden. Dabei ist der Tatsache vermehrt Beachtung zu schenken, dass die hier angesprochenen Formen von Sorgearbeit zu einem deutlich größeren Teil von Frauen erbracht wird. Auf deren besondere Bedarfe und Bedürfnisse, aber auch auf mögliche Benachteiligungen, die ihnen durch Formen von Sorgearbeit erwachsen können – zum Beispiel mit Blick auf Erwerbsbeteiligung –, ist dabei besonders zu achten.

Eine solche Strategie ist darauf auszurichten, dass sich Männer gleichermaßen in ein Engagement für sorgende Tätigkeiten einbeziehen lassen. Ein weiterer Anreiz können Qualifizierungsmaßnahmen für dieses freiwillige Engagement sein, die von Bildungseinrichtungen unentgeltlich angeboten werden. Die vorliegenden Erfahrungen deuten darauf hin, dass solche Qualifizierungsmaßnahmen, wenn diese mit einer angemessenen Anerkennungskultur einhergehen, in der Tat einen (zusätzlichen) Anreiz für freiwilliges Engagement bilden und dazu beitragen, die geleisteten Sorgetätigkeiten entsprechend wertzuschätzen.

Inwieweit ein Engagement für Familienangehörige oder ein über die eigene Familie hinausgehendes sorgendes Engagement aufgenommen und auf Dauer geleistet werden kann, ist auch eine Frage der Vereinbarkeit von verschiedenen Tätigkeitsformen mit bestehenden Rollenverpflichtungen in Familie und Beruf. Es ist auch zu beachten, dass materiell prekäre Lebenslagen der Realisierung eines Engagements entgegenstehen können. In diesem Zusammenhang sei auf die immer wieder geführte Diskussion um Grundsicherung als Voraussetzung für Enga-

gement und die Notwendigkeit klarer Regelungen zum Auslagenersatz und zu Entschädigungen für Aufwendungen verwiesen. Die Debatte um die Monetarisierung des freiwilligen Engagements ist aufzunehmen, Voraussetzungen für entgoltene gemeinwohlorientierte nebenberufliche Tätigkeiten im Bereich von Sorgearbeit (Care) sind in einer funktionalen und praktischen Abgrenzung zu unentgeltlichem Engagement zu schaffen (vgl. auch Kapitel 7 in diesem Bericht).

3.5 Stärkung der Bürgerbeteiligung im Kontext heterogener Lebenslagen und Ressourcen

Im effizienten Zusammenwirken von Familienmitgliedern, informellen sozialen Netzen, professionellen Dienstleistungsanbietern und freiwillig Engagierten liegt die Zukunft einer gelingenden Sorge für Menschen mit Unterstützungsbedarf. Dabei kann angeknüpft werden an die konzeptionellen Debatten um eine Neugestaltung des Wohlfahrtsmix beziehungsweise des Wohlfahrtspluralismus, ohne dabei zu verdrängen, wie schwierig eine solche Restrukturierung in der Praxis zu bewältigen ist. Das Wohnumfeld als Kontaktstützpunkt und die quartiersbezogene soziale Infrastruktur gewinnen hier besondere Bedeutung. In der Altenhilfe besteht zunehmend Konsens, dass anstatt isolierter Pflegeheime Netzwerke im sozialräumlichen Kontext ausgebaut werden müssen und durch eine verbesserte Kooperation zwischen verschiedenen Sozialleistungserbringern und Trägern vielen im Alter auf Unterstützungsleistungen angewiesenen Menschen eine fortgesetzte Teilhabe in gewohnten sozialen Bezügen ermöglicht werden kann.

Die im Subsidiaritätsgrundsatz verbunden mit dem Anliegen einer stärkeren Demokratisierung angelegte Zielvorstellung einer vermehrten Bürgerbeteiligung ist im Kontext der Heterogenität von Lebenslagen, Lebensstilen und Lebensformen zu explizieren: Ausmaß und Art des Engagements hängen nicht zuletzt auch von der Ausstattung mit Ressourcen ab. Eine auf dem Subsidiaritätsprinzip gründende Stärkung der Kommunen darf nicht dazu führen, dass je nach Kommune völlig unterschiedliche Verwirklichungschancen und Lebensverhältnisse bestehen und stabilisiert werden.

Die Verhältnisse, unter denen ältere Menschen in unterschiedlichen Kommunen leben, müssen nicht gleich, aber doch gleichwertig sein. Insofern erscheint eine sozialstaatliche Rahmensetzung erforderlich, die sozialstaatliche Mindeststandards formuliert und gleichzeitig in den jeweiligen lokalen Zusammenhängen Gestaltungsräume – unter Beachtung der kulturellen und sozialen Diversität der dort lebenden Menschen – eröffnet. Genau dies meint moderne Solidarität: Es geht nicht darum, Einzelne, Familien, Nachbarschaften und Kommunen in ihrer jeweiligen Verantwortung allein zu lassen, sondern sie zu befähigen und Voraussetzungen für Gestaltungsmöglichkeiten zu schaffen. Es geht darum, sie zu unterstützen, damit sie ihrer jeweiligen sozialstaatlichen Verantwortung gerecht werden können. Dabei ist der Blick gerade auch auf alte Menschen zu richten, die unter Armutsbedingungen leben und geringe soziale Unterstützung aus ihren Familien erfahren. Die Vorstellungen von der Selbsthilfefähigkeit von Familien im Umgang mit ihren älteren Angehörigen beziehen sich häufig auf Familien aus der Mittelschicht und berücksichtigen zu wenig, dass ältere Arme im Vergleich zu jenen mit besseren Verwirklichungschancen, höherem Bildungsabschluss und höherem Einkommen eine kürzere Lebenserwartung in geringerer Lebensqualität haben. Im Alter kumulieren soziale Benachteiligungen, die im Lebenslauf entstanden sind (vgl. Kapitel 4 in diesem Bericht). Lebenslagen von Armut werden im Alter im Regelfall nicht mehr überwunden.

3.6 Politische Anforderungen im Hinblick auf die Schaffung quartiersbezogener Versorgungsstrukturen

Eine vernetzte Versorgung gründet auf dem Ineinandergreifen unterschiedlicher Hilfen und Unterstützungsformen. Sektorenabgrenzungen müssen gelockert, verschiedene Professionen vernetzt werden. Vernetzte Versorgungskonzepte und ein Welfare-Mix stellen Bedingungen für die Schaffung effizienter Versorgungsstrukturen dar und bilden zugleich jenen Kontext, in dem sich Sorgende Gemeinschaften (weiter-)entwickeln können. Eine sozialintegrierte, vernetzte Versorgung setzt ein strategisches Umdenken der zentralen Akteure, neue Kooperationen zwischen sozialen Diensten, Netzwerken, Kommunen und anderen Trägern (z. B. der Wohnungswirtschaft) voraus.

Aus der im Subsidiaritätsprinzip angelegten Zielvorstellung der Selbstbestimmung ergibt sich, dass die Verhandlungsmacht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu stärken ist. Setzt man auf einen Welfare-Mix, verlangt dies nach einer entsprechenden Infrastruktur, nach Beratung und advokatorischer Begleitung derjenigen, die ein solches Arrangement nicht selbst gestalten können – dies insbesondere auf kommunaler Ebene. Die örtlichen

Kontexte bilden den optimalen Rahmen des Zusammenwirkens der unterschiedlichen an der Wohlfahrtsverantwortung beteiligten Akteure. Sie stellen Beratungsangebote bereit, im Bedarfsfall auch ein Case Management, wobei generell ein gutes Zusammenwirken vor Ort (Care Management) zu gewährleisten ist. Damit sind zentrale Voraussetzungen für das Gelingen von Subsidiarität in einer modernen Gesellschaft benannt.

Subsidiarität ist in diesem Sinne Ordnungsprinzip und Resultat zugleich. Aus dem Prinzip der Subsidiarität lässt sich keine Aussage darüber ableiten, wer, wann, wie und wofür zuständig ist. Es geht vielmehr um Verantwortungsteilung und Aushandlung unter der Zielsetzung einer passfähigen Unterstützung und Hilfe – aufbauend auf einer tragfähigen Infrastruktur. Soziale Unterstützung hat sich, soweit das möglich ist, von unten her aufzubauen, aus den kleinen Kreisen. Es gilt, die Selbstorganisationsfähigkeit der Einzelnen und der Familien auch in neuen Familienformen zu stärken und so die Vorstellung der Institution „Familie" um die „Wahlverwandtschaften" zu erweitern. Wo dies aber nicht gelingt und solange dies nicht gelingt, ist die nächste Ebene von Verantwortlichkeit gefragt, wie etwa die Beratung, das Case Management, um die solidarische Unterstützung zu stärken, zu ermöglichen, zu organisieren und professionell zu begleiten. Dabei stellt sich die Frage, was denn die Kompetenz ausmacht, worauf zu achten ist, woraus sich die Güte und Tragfähigkeit der solidarischen Unterstützung ergibt. Anders als in vormodernen Gesellschaften mit ihren klaren Rollenzuweisungen in Familie und Gesellschaft, mit konzentrischen Kreisen einer subsidiären Ordnung, ist für eine moderne Gesellschaft charakteristisch, dass sie eine Vielfalt von Akteuren und Arrangements kennt, die eine pluralistische Form von Subsidiarität verlangt, die eine aktive Sozialpolitik voraussetzt. Der Grad der Wohlfahrtsstaatlichkeit korreliert mit vormodernen und modernen Spielarten von Subsidiarität. In vormodernen Gesellschaften wird auf traditionelle Solidarität in Familien gesetzt, in (spät-)modernen Gesellschaften gewinnt zivilgesellschaftlich geleistete und geschlechtergerecht organisierte Subsidiarität an Bedeutung. Um sie in der Kultur und in den Haltungen aller zu verankern beziehungsweise zu befördern, bedarf es einer Parallelität von Soziogenese und Psychogenese. Darum ist die im Subsidiaritätsprinzip verankerte Anthropologie und Zivilisation so bedeutsam und als Grundlage der Sozialpolitik zurückzugewinnen.

4. Ungleichheiten in der alternden Gesellschaft

4.1 Einleitung

Aktuelle politische und mediale Altersdiskurse fordern die Aktivierung der Älteren nicht nur hinsichtlich gesundheitsförderlicher Lebensweisen, sondern auch bezogen auf ein ziviles Engagement und die Übernahme von Mitverantwortung. Als Ziele werden dabei soziale Teilhabe und gesellschaftlicher Nutzen benannt. Diese Diskurse stehen in enger Verbindung zu grundlegenden gesellschaftlichen Prozessen: Vor dem Hintergrund eines gestiegenen Wohlstands und verbesserter Bildungschancen haben sich die Lebenssituation und finanziellen Bedingungen für viele Ältere über lange Zeit verbessert. Große Teile der derzeit Älteren verfügen über ausreichende Ressourcen, um Verwirklichungschancen wahrzunehmen, das Leben im Alter selbstbestimmt zu gestalten und zivilgesellschaftliche Mitverantwortung zu übernehmen. Dennoch kann ein so vermitteltes Bild des „aktiven Alterns“ nicht verallgemeinert werden.

In diesem Kapitel wird herausgearbeitet, dass Mitverantwortung und Mitgestaltung durch Ältere und für Ältere auf kommunaler Ebene und in ihren jeweiligen Lebenszusammenhängen nicht nur von der Bereitschaft und Kompetenz einzelner, sondern auch von den gesellschaftlichen Voraussetzungen und Unterstützungsstrukturen abhängig sind: Für verschiedene soziale Gruppen Älterer sind die Zugangschancen zu sozialer Teilhabe, gesundheitlicher Versorgung und Formen des Engagements ungleich verteilt. Eine Daseinsvorsorge, die lokale Strukturen und Netzwerke als Basis für Teilhabe und Lebensqualität älter werdender Menschen versteht, muss den Zugang zu entsprechenden Unterstützungsstrukturen für alle Älteren ermöglichen.

In diesem Kapitel stehen die strukturellen Entwicklungen und Perspektiven der Lebenslagen und Verwirklichungschancen unter besonders relevanten Merkmalen sozialer Ungleichheit im Zentrum. Armut im Alter (Abschnitt 4.2), gemessen am sozioökonomischen Status, markiert eine Lebenslage, die gravierende Einschränkungen für ein selbstbestimmtes Leben bedeuten. Der enge Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Gesundheitszustand (Abschnitt 4.3), dem Zugang zu gesundheitlicher, medizinischer und pflegerischer Versorgung (Abschnitt 4.4) bestimmt wesentlich die individuellen Verwirklichungschancen und ist somit relevant als Ausgangsbedingung für soziale Teilhabe und Engagement (Abschnitt 4.5). Darüber hinaus sind quer zu den Formen sozialer Ungleichheit auch Wechselwirkungen mit anderen sozialen Merkmalen für den Zugang zu Ressourcen der Sorge und Mitverantwortung im Alter relevant. Benachteiligte ältere Frauen sind als vulnerable soziale Gruppe mit ihren Unterstützungsbedarfen und Sorgeleistungen ebenso in den Blick zu nehmen wie die wachsende Zahl älterer Migrantinnen und Migranten, Menschen, die körperlich oder geistig behindert alt geworden sind oder Frauen und Männer, die aufgrund ihrer sexuellen Orientierung Barrieren des Ressourcenzugangs und der Versorgung im Alter erfahren haben (Abschnitt 4.6).

Darüber hinaus wird dargestellt, wie soziale Ungleichheit sich auch sozial räumlich ungleich verteilt und sowohl auf der Ebene der Nachbarschaften in städtischen Wohnquartieren und dörflichen Gemeinden als auch großräumig in Ballungszentren und dünn besiedelten ländlichen Regionen soziale Ungleichheiten noch verstärken kann (Abschnitt 4.7).

4.1.1 Bestimmung sozialer Ungleichheiten

Das Konzept der „Sozialen Ungleichheit“ beschreibt die ungleiche Verteilung von Lebenschancen zwischen Bevölkerungsgruppen einer Gesellschaft (vgl. Hradil 1999: 102ff.), die in ihrer Sozialstruktur angelegt und wie diese zwar Entwicklungen unterworfen ist, gleichzeitig aber in ihren Grundeigenschaften über historische Epochen und gesellschaftliche Modelle hinweg stabil ist. Soziale Ungleichheit bezieht sich somit auf ein Verständnis von Heterogenität als Muster der hierarchischen Struktur von Gesellschaften in „Oben“ und „Unten“. Um dies quantitativ zu erfassen, wurde der Schichtindex „sozioökonomischer Status“ (socio-economic status, SES) aus Indikatoren des Einkommens beziehungsweise des Vermögens, des formalen Bildungsstatus und des erreichten beruflichen Status international etabliert (Hradil 2009). Diese Indikatoren stehen in enger Wechselwirkung zueinander, die bezüglich der Gestaltungsspielräume im Alter von großer Bedeutung sind. Höhere Bildungsabschlüsse führen zwar nicht zwangsläufig, jedoch in der Regel zu beruflichen Positionen, die – über höhere erreichbare Einkommen – mehr Wahlmöglichkeiten eröffnen, zum Beispiel in Bezug auf die Wohnstandortwahl oder den Zugang zu angemessener Versorgung. Gleichzeitig ist soziale Ungleichheit eine soziale Konstruktion, da sie aus verschiedenen

theoretischen Perspektiven (bspw. Schicht- vs. Klassenmodelle) unterschiedlich beschrieben, erklärt und bewertet wird (Burzan 2011).

Diversität bedeutet hingegen zunächst nichts anderes als Vielfalt. Mecheril und Plößer (2011: 278) unterscheiden zwei Dimensionen von Diversität, eine „empirisch-analytische" und eine „normativ-präskriptive": „Empirisch-analytisch" unterscheiden sich Menschen nach Alter, Geschlecht, Ethnizität, sexueller Orientierung, Behinderungsgrad etc. Diese Merkmale verweisen empirisch auf gesellschaftliche Ungleichheiten und ungleiche Teilhabechancen. Die „normativ-präskriptive" Dimension von Diversität, die in aktuellen sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen wie gesellschaftlichen Diskussionen besonders betont wird, weist dieser Vielfalt einen grundsätzlich positiven Wert zu. Hierin ist bereits der Blick auf positive Ressourcen gerichtet, die sich aus gesellschaftlicher Diversität ergeben (vgl. Walgenbach 2014: 92). Aus Sicht der Antidiskriminierungsdiskussion und -politik ist eine Diversität betonende Strategie im Umgang mit der alternden Gesellschaft angezeigt, um auch solche sozialen Gruppen älterer Menschen und ihre Lebenssituation zu berücksichtigen, die in ihren Möglichkeiten und Zugängen zu gesellschaftlicher Teilhabe tendenziell benachteiligt sind.

Der ebenfalls auf die Verschiedenheit und Andersartigkeit verweisende Begriff der Heterogenität in der Gesellschaft bezieht deshalb neben einer beschreibenden (Heterogenität als Unterschied) und einer bewertenden (Heterogenität als Belastung *oder* als Chance) auch eine ungleichheitskritische Bedeutungsdimension (Heterogenität als soziale Ungleichheit), die es ermöglicht, soziale Ungleichheiten im Zugang zu Ressourcen und Teilhabe als gesellschaftliches Problem zu thematisieren. Hier stehen ungleiche Lebenslagen und Erfahrungen im Zentrum (Walgenbach 2014: 26ff.; Becker u. a. 2004).

Um ungleiche Lebenschancen zu erklären, die nicht allein aus dem Besitz beziehungsweise der sozialen Position heraus erklärbar waren, wurden neben diesen „vertikalen" Indikatoren des Schichtindex seit den 1980er Jahren „horizontale" Merkmale der Gesellschaftsstrukturierung in den Blick genommen (Geschlecht, Ethnizität, Behinderung, aber auch Milieu und Alter).

Während die vertikale Ungleichheit (insbesondere im Zusammenhang mit Armut im Alter) schon lange in die Betrachtung des Alters gehört, wurden horizontale Unterschiede bisher in Deutschland eher ausgeblendet: In Wissenschaft, Politik und Praxis ging man lange von weitgehend homogenen soziokulturellen Orientierungen in der älteren Bevölkerung aus. Aktuell und in Zukunft wird die Diversität in der älteren Bevölkerung in verschiedener Hinsicht sowohl stärker als auch stärker sichtbar. Dies hat unter anderem folgende Gründe: Die Generationen der 1968er und folgender sozialer Bewegungen werden alt; Lebensläufe, Rollen und Orientierungen von Frauen haben sich seither verändert; Arbeitsmigranten und -migrantinnen der 1960er und 1970er Jahre sowie die ihnen nachgezogenen und weitere Gruppen von Migranten und Migrantinnen, beispielsweise Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen, kommen zunehmend ins Rentenalter; die ersten offen gleichgeschlechtlich liebenden Männer und Frauen in Deutschland werden alt; und die erste Generation von Menschen mit Behinderung, die nach dem Nationalsozialismus am Leben blieben und denen eine bessere medizinische Versorgung und (psycho-)soziale Unterstützung zu Teil wurde, erreichen ein höheres Alter als die Generationen von Menschen mit Einschränkungen vor ihnen.

Dieses Zusammenwirken von horizontalen und vertikalen Merkmalen sozialer Ungleichheit in Bezug auf ungleiche Lebenschancen wird als „Intersektionalität" bezeichnet. Für diesen Bericht werden solche „Überkreuzungen" (intersections) zwischen dem Altern, dem sozioökonomischen Status sowie dem Geschlecht, der ethnischen Zugehörigkeit, dem Behinderungsstatus und der sexuellen Orientierung thematisiert, allerdings nicht allein als Zusammenhänge auf der Subjektebene, sondern als strukturelle soziale Ungleichheiten, Formen der Marginalisierung, Benachteiligung und Ausgrenzung (vgl. u. a. Leiprecht und Lutz 2005: 221ff.).

4.1.2 Konzepte von Lebenslagen und Verwirklichungschancen

Mit dem Lebenslagenansatz wird versucht, die „Multidimensionalität der objektiven Lebensbedingungen, deren subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung sowie die durch diese Lebensbedingungen eröffneten (oder verschlossenen) Handlungsspielräume" (Engels 2006: 111) abzubilden. Neben den materiellen Einflussfaktoren werden auch Beschäftigung beziehungsweise Arbeitslosigkeit, Gesundheit, Wohnsituation, Familienformen und soziale Netzwerke einbezogen, um die Lebenslage eines Menschen zu erfassen. Dabei wird angenommen, dass das Unterschreiten von Mindeststandards in einer der „Subdimensionen" der Lebenslage zur Benachteiligung führt (vgl. Alisch und Dangschat 1998: 23). Untersucht wird mit dem Lebenslagenansatz deshalb der Zusammenhang zwischen Benachteiligungen in verschiedenen Subdimensionen. Die Lebenslagen von Einzelnen oder Gruppen

setzen sich aus einer Vielzahl von Merkmalen zusammen und bedeuten den Handlungsspielraum, „den der einzelne für die Befriedigung der Gesamtheit seiner materiellen und immateriellen Interessen nachhaltig besitzt" (Dieck 1984: 20). Die meisten Studien, die empirisch mit dem Lebenslagenansatz arbeiten, beschränken den Begriff auf die „objektiven" Merkmale, also „alle (natürlichen, gesellschaftlichen und personenbezogenen) Handlungsvoraussetzungen" (Engels 2006: 112). Der „subjektive Umgang mit der Lebenslage" (ebd.) wird vom eigentlichen Begriff der Lebenslage getrennt betrachtet, obwohl die „subjektive Wahrnehmung und Bewertung prekärer Lebensumstände" ein wichtiger Aspekt seien (Böhnke 2002: 45).

Dagegen versucht ein anderer Ansatz, Handlungsvoraussetzungen oder „Verwirklichungschancen" und den Umgang damit wieder zusammenzuführen: „Verwirklichungschancen sind demnach die umfassenden Fähigkeiten („Capabilities") und realen Chancen der Menschen, ein Leben führen zu können, für das sie sich mit guten Gründen entscheiden konnten und das die Grundlagen der Selbstachtung auf keinen Fall infrage stellt" (Sen 2000: 29).

Das Konzept der Verwirklichungschancen („Capability Approach", CA) von Amartya Sen stellt der klassischen vergleichenden Wohlstandsmessung der Staaten ein Konzept gegenüber, das in der Lage ist, (nicht nur) qualitative Aspekte „guten Lebens" als Chancen beziehungsweise Befähigungen abzubilden und damit gesellschaftliche Ungleichheit zwischen und innerhalb von Ländern tiefer zu erfassen (vgl. Kapitel 2 in diesem Bericht). Martha Nussbaum hat dem abstrakt formulierten Konzept von Sen eine Liste von „central capabilities" (Grundbefähigungen) hinzugefügt (Nussbaum 2003), die sie als Grundlage für die Ermöglichung eines „guten Lebens", verstanden als Entfaltung („human flourishing") einer selbstbestimmten Lebenspraxis definiert und deren Voraussetzungen aus gerechtigkeitstheoretischer Perspektive (Bittlingmayer und Ziegler 2012: 47f.) deshalb – abhängig von den jeweils vorhandenen Ressourcen – von den öffentlichen Institutionen einer (jeden) Gesellschaft zu schaffen seien. Erst wenn diese Voraussetzungen zur Verfügung stehen, haben die Einzelnen die praktische Freiheit, über verschiedene Optionen, deren Realisierung und Ausgestaltung zu entscheiden. Insofern bezieht das Konzept der Grundbefähigungen die materiellen, sozialen und politischen Voraussetzungen der Realisierung mit ein. Gleichzeitig liegt der Fokus auf der Ermöglichung, ausdrücklich nicht auf der Verpflichtung einer bestimmten Umsetzung der Grundbefähigungen.

Für die übergreifende Frage dieses Berichtes nach der Rolle und der Realisierung der Mitgestaltung der eigenen Lebensumstände durch die Älteren ist der CA relevant, weil er die Entscheidungsfreiheit und die gesellschaftlich verfügbar gemachten Verwirklichungschancen betont. Nussbaum führt dazu aus: „[...] jede reale Gesellschaft ist eine Fürsorgespendende und eine Fürsorgeempfangende Gesellschaft und muss daher Wege finden, um mit diesen Fakten menschlicher Bedürftigkeit und Abhängigkeit klarzukommen, Wege, die vereinbar sind mit der Selbstachtung der Fürsorgeempfänger und die den Fürsorgespender nicht ausbeuten" (Nussbaum 2003: 183).

In diesem Kapitel des Altenberichts wird das Konzept der Verwirklichungschancen auf Lebenssituationen angewendet, in denen die Wahlmöglichkeiten der Einzelnen – und damit ihre Teilhabe an Entscheidungen über ihr eigenes Leben – fast regelhaft eingeschränkt sind: Lebenssituationen des Alterns in Deutschland unter den Bedingungen sozialer – vertikaler und horizontaler – Benachteiligung, unter Berücksichtigung der Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und auch der Lebensbedingungen in benachteiligten Wohnquartieren (vgl. Kümpers 2012a).

4.2 Altersarmut

Altersarmut sollte nicht gegen die Armut anderer Gruppen ausgespielt werden, schon gar nicht gegen die Armut von Kindern. Dennoch ist auf die Besonderheit von Armut im Alter hinzuweisen: Sie ist im Regelfall nicht mehr umkehrbar; ältere Menschen haben kaum eine Chance, durch eigene Anstrengungen aus der Armut wieder herauszukommen (Goebel und Grabka 2011; Geyer 2014). Zudem ist im höheren Alter insbesondere bei sozial benachteiligten Gruppen bei abnehmender physischer und psychischer Widerstandsfähigkeit und zunehmenden Einschränkungen ein Zustand erhöhter Vulnerabilität zu beachten. Sozial benachteiligte ältere Menschen sind von zwei Seiten her gefährdet: Zum einen sind ihre Lebensbedingungen – zum Beispiel ungeeignete Wohnsituationen, Kriminalität im Wohnumfeld – problematischer, zum anderen sind ihre Reservekapazitäten (psychosozial, physisch, finanziell) in der Regel niedriger als bei weniger benachteiligten Gruppen. Sie sind dadurch „anfällig" für krisenhafte Situationen von manifester Armut, sozialer Exklusion und Unterversorgung.

Die Entwicklung künftiger Altersarmut ist politisch und wissenschaftlich umstritten. Es werden große methodische Probleme konstatiert, die Entwicklung der Alterseinkommen zuverlässig vorherzusagen (Grabka und Rasner 2010). Einigkeit besteht in dem Befund, dass die Altersarmut derzeit die Armut in der Gesamtbevölkerung

statistisch unterschreitet (Goebel und Grabka 2011) – allerdings in deutlich abnehmendem Maß (Bäcker und Schmitz 2013). Hingegen gehen viele Autoren und Autorinnen von einem relevanten Anstieg der Altersarmut in den kommenden Jahren und Jahrzehnten aus (Bäcker 2011; Bäcker und Schmitz 2013; Faik und Köhler-Rama 2013; Goebel und Grabka 2011; Geyer 2014), insbesondere für Ostdeutschland (Geyer und Steiner 2010).

Zunächst gibt es unterschiedliche Definitionen von Altersarmut beziehungsweise Instrumente zur Messung von Altersarmut. Zwei Ansätze werden hauptsächlich verwandt und sollen hier benannt werden: (1) der Bezug der Grundsicherung im Alter, die seit 2003 die Sozialhilfe im Alter abgelöst hat (Viertes Kapitel des SGB XII: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) und (2) die in der Europäischen Union (EU) gängige Definition des Armutsrisikos als Einkommensbezug unterhalb von 60 Prozent des Medianeinkommens. Die definierte Armutsrisikoschwelle von 60 Prozent lag im Jahr 2009 bei 935 Euro (Goebel und Grabka 2011). Das Niveau der Grundsicherung (Regelsatz plus Wohnkosten: 676 Euro/Monat im Jahr 2009, Goebel und Grabka 2011) liegt damit unterhalb der Armutsrisikoschwelle und sogar unterhalb der Schwelle für die Bemessung „strenger Armut“, die in der Regel bei 50 Prozent des äquivalenzgewichteten Medianeinkommens angesetzt wird (Faik und Köhler-Rama 2013). Aus dieser Perspektive stellt die Grundsicherung keinen Schutz vor Armut dar; sie ermöglicht keine ausreichende gesellschaftliche Teilhabe – und erhöht insofern das Risiko sozialer Exklusion (Becker 2012). Aktuelle Zahlen zeigen, dass bisher ein relativ geringer Prozentsatz der Älteren Grundsicherung in Anspruch nimmt (im Jahr 2013: 2 % der über 65-Jährigen in den östlichen, knapp 3 % in den westlichen Bundesländern, Statistisches Bundesamt 2015b). Allerdings stiegen die Zahlen seit Einführung der Grundsicherung zum 01.01.2003 jährlich sowohl absolut wie relativ, von 257.734 im Jahre 2003 auf 464.836 im Jahr 2012, davon 171.029 Männer und 293.807 Frauen[5]; Frauen sind bisher – besonders in den westlichen Bundesländern – deutlich häufiger betroffen als Männer. Zudem ist bekannt, dass ein wesentlicher Teil der Berechtigten die Grundsicherung nach wie vor nicht in Anspruch nimmt. Schätzungen hierzu gehen von über 50 Prozent aus; Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) für das Jahr 2007 ergaben eine Quote der Nichtinanspruchnahme von 68 Prozent (Becker 2012). Die Nichtinanspruchnahme wird zum einen mit der Scham der Betroffenen, zum anderen mit dem Elternunterhalt begründet: Bedürftige Eltern wollen häufig nicht, dass ihre Kinder für sie finanziell in Anspruch genommen werden.[6] Der Elternunterhalt trägt insofern zur manifesten Altersarmut bei. Von daher – und weil das Niveau der Grundsicherung die definierten Armuts- und Armutsrisikoschwellen unterschreitet – kann die jeweils aktuelle Grundsicherungsbezugsquote nicht mit einer Altersarmutsquote für Deutschland gleichgesetzt werden; diese liegt deutlich höher. Laut Geyer war sie im Jahr 2013 um ein Fünffaches höher als die Grundsicherungsquote (Geyer 2015). Die Armutsrisikoquote für über 65-Jährige in Deutschland lag im Jahr 2010 bei 14,2 Prozent (und damit um 1,6 % unter der Quote der Gesamtbevölkerung, und um 1,8 % unter der durchschnittlichen Armutsrisikoquote für die Älteren in der Europäischen Union); die der über 65-jährigen Frauen lag hier bei 16,2, die der Männer bei 12,0 Prozent (Deckl 2013).

In der Diskussion um Armutsdefinitionen und -messungen wird auch darauf hingewiesen, dass die bundesweit gemessene Einkommensarmut die Betroffenen in verschiedenen Regionen Deutschlands unterschiedlich trifft: Das Institut der deutschen Wirtschaft hat der relativen Einkommensarmut eine relative Kaufkraftarmut gegenübergestellt. Diese wird ermittelt, indem das Preisniveau der jeweiligen Region mit den Einkommen verrechnet und eine an die Kaufkraft angepasste Einkommensarmutsschwelle berechnet wird. Die Kaufkraftarmutsquote fällt erwartungsgemäß in den ärmeren Regionen mit niedrigerem Preisniveau geringer aus als die herkömmliche Einkommensarmutsquote; in den wohlhabenderen Regionen dagegen höher als diese (Institut der Deutschen Wirtschaft Köln 2014).

Deutlich ist, dass das Niveau der Eingangsrenten in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) seit Jahren sinkt: Der durchschnittliche Rentenzahlbetrag der Rentenneuzugänge im Jahr 2011 lag bei den Frauen in den westdeutschen Bundesländern um 8 Euro niedriger als beim Rentenbestand (487 vs. 495 Euro), in den östlichen Bundesländern um 30 Euro niedriger (681 vs. 711 Euro); bei den Männern in den westlichen Bundesländern um 119 Euro (868 vs. 987 Euro) und bei den Männern in den östlichen Bundesländern um 191 Euro niedriger (867 vs.

---

[5] http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?statzrID=F6B2D0AA2528F2B9C1257AB10030A5BC&chstatzr_Sonstige%20Statistiken=WebPagesIIOP14&collapse&viewName=statzr_Sonstige%20Statistiken [Zugriff am 20. Juli 2015].

[6] Der Elternunterhalt gilt insgesamt als ein Rechtsinstitut, dass zur Fortschreibung des sozialen Status der Eltern bei den Kindern beiträgt, da es im Wesentlichen Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind, die vom Elternunterhalt betroffen sind. Wenn diese sich eine gewisse wirtschaftliche Leistungsfähigkeit erarbeitet haben, werden sie durch den Elternunterhalt nicht selten finanziell zurückgeworfen. In diversen europäischen Ländern wurde er deswegen abgeschafft; schon in den 1950er Jahren in den Niederlanden und im Jahr 2008 in Österreich (vgl. Hillebrecht 2012).

1.058 Euro) (Bundesregierung 2012). Die erreichten Entgeltpunkte sind seit 2001 in der Tendenz rückläufig, mit Ausnahme der Frauen in Westdeutschland und besonders stark bei Männern in Ostdeutschland (Bundesregierung 2012; Himmelreicher 2013). Deutlich wird hier, dass am ehesten die Frauen in den westlichen Bundesländern, allerdings auf dem niedrigsten Niveau aller vier unterschiedenen Gruppen, die Absenkungen des Rentenniveaus vermutlich durch gesteigerte Erwerbstätigkeit kompensieren konnten. Die Problematik dieser Zahlen für die Zukunft erschließt sich, wenn weitere Faktoren einbezogen werden:

- Angehörige der zwei unteren Einkommensquintile haben den geringsten Anteil an Riester-Verträgen (im Jahr 2010 22,1 % im untersten und 27,2 % im zweiten Einkommensquintil) und können insofern die Absenkung des Rentenniveaus in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) gegenwärtig und zukünftig kaum kompensieren (Geyer 2011); die Rente aus der GRV bildet hier stabil (1994-2009) circa 80 Prozent des Haushaltsbruttoeinkommens ab (Goebel und Grabka 2011; Frommert und Himmelreicher 2013).
- Die Zunahme von Mehrfach- und Langzeitarbeitslosigkeit, deren Absicherung in der GRV seit dem Jahr 2000 in mehreren Stufen abgesenkt und 2011 ganz eingestellt wurde (Geyer 2014) und die Zunahme von Niedriglohn- und Teilzeitbeschäftigung in den vergangenen Jahrzehnten wird nach Expertenmeinung zu weiter sinkenden Entgeltpunkten in der GRV führen (Bäcker und Schmitz 2013).
- Für diejenigen, die – aufgrund fehlender Beschäftigungsmöglichkeiten oder eingeschränkter Erwerbsfähigkeit – nicht bis zum Zeitpunkt des abschlagsfreien Renteneintritts arbeiten können, verringert sich die Rentenhöhe durch die Abschläge (3,6 % pro Jahr) noch einmal empfindlich. Ein Fünftel aller Rentenzugänge eines Jahres erhalten Erwerbsminderungsrente (Geyer 2014), dies betrifft Menschen mit Migrationshintergrund häufiger als autochthone Deutsche und ganz allgemein Geringverdienende häufiger als andere Gruppen (Hagen und Himmelreicher 2014).
- Durch die veränderte Rentenanpassungsformel entkoppelt sich die allgemeine Entwicklung der Renten von der allgemeinen Lohnentwicklung. Es wird erwartet, dass schon bei gleichbleibenden Entgeltpunkten das Nettorentenniveau vor Steuern zwischen 2005 und 2030 um 20 Prozent sinkt.

Der Kompensationseffekt erhöhter Frauen- und Müttererwerbsbeteiligung wird auch für die Zukunft als begrenzt eingeschätzt, da der Anteil der Frauen, die in Teilzeit oder in geringfügiger Beschäftigung arbeiten, weiterhin hoch ist (Bäcker und Schmitz 2013). Einen Ausgleich durch die zweite und dritte Säule der Alterssicherung, der betrieblichen und der privaten Altersvorsorge, haben die unteren Einkommensgruppen am wenigsten zu erwarten (Bäcker 2011; Frommert und Himmelreicher 2013). Verbesserungen der rentenrechtlichen Absicherung von Kindererziehungs- und Pflegezeiten sowie jüngste Verbesserungen bei der Erwerbsminderungsrente wirken dem Armutsrisiko für einige Gruppen in gewissem Maß entgegen. Insgesamt warnt Bäcker jedoch vor einer sich verschärfenden „sozialen Polarisierung des Alters“ (Bäcker 2011: 9).

Bestimmte Gruppen sind – gegenwärtig und zukünftig – besonders vom Armutsrisiko im Alter betroffen:

- Geringverdienerinnen und Geringverdiener mit längeren Phasen von Unterbeschäftigung beziehungsweise Langzeitarbeitslosigkeit, vor allem in Ostdeutschland: Insbesondere bei Männern in Ostdeutschland sinken die Rentenanwartschaften für das 1. Quartil (die 25 % mit den niedrigsten Entgeltpunkten) bei den Babyboomern (Jahrgänge 1956-1965) deutlich (Simonson u. a. 2012).
- Menschen mit Migrationshintergrund: Im Jahr 2011 bezogen 12,7 Prozent der nichtdeutschen im Vergleich zu 2,1 Prozent der deutschen Senioren über 65 Jahre Grundsicherung (Seils 2013). Als armutsgefährdet galten im Jahr 2010 28,7 Prozent der Älteren über 65 Jahre mit Migrationsgeschichte nach Angaben des Statistischen Bundesamts als armutsgefährdet (gegenüber 10,7 % der Älteren über 65 Jahre ohne Migrationserfahrung). Für die zukünftige Entwicklung scheint relevant, dass Menschen mit Migrationshintergrund auch bei höheren Bildungsabschlüssen ein vergleichsweise hohes Armutsrisiko tragen (Fuhr 2012)[7].
- Alleinlebende – insbesondere Frauen: Alleinleben steigert die Vulnerabilität durch Einkommensrisiken aufgrund von verringerten Kompensationsmöglichkeiten (Bäcker 2011). Insbesondere Frauen sind wiederum von Niedrigeinkommen wie vom Alleinleben stärker betroffen.
- Hochaltrige Frauen: Goebel und Grabka (2011: 15) stellen Armutsquoten differenziert für die 66- bis 75-Jährigen und für die über 76-Jährigen dar; dabei ist (nach unterschiedlichen Berechnungsarten) die Armuts- beziehungsweise Armutsrisikoquote der über 76-Jährigen jeweils deutlich (von ca. 25 bis über 50 %)

---

[7] „Je höher der Schulabschluss, desto weiter öffnet sich die ‚Armutsschere‘, desto größer wird also der Unterschied in den Armutsgefährdungsquoten von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund“ (Fuhr 2012: 557).

gegenüber den „jüngeren Älteren“ erhöht. Ein Teil davon lässt sich mit dem hohen Anteil alleinlebender älterer Frauen erklären; weitere Anteile vermutlich mit Kohorteneffekten beziehungsweise mit der früheren Sterblichkeit der (wohlhabenderen) Männer (vgl. dazu ausführlich Abschnitt 4.6.1).

- Menschen mit chronischen Erkrankungen: Jeder vierte Arbeitnehmer muss aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig seinen Beruf aufgeben oder ganz aus dem Arbeitsleben ausscheiden (Deutsche Rentenversicherung Bund 2014a). Chronische Erkrankungen und Multimorbidität, die eine Erwerbstätigkeit verhindern, sind mit einem erhöhten Armutsrisiko im Alter assoziiert (Hagen und Himmelreicher 2014). Dem Aufbau von Anwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie in der betrieblichen wie privaten Vorsorge sind zumeist enge Grenzen gesetzt. Die durchschnittlichen Rentenzahlbeträge bei Erwerbsminderungsrenten betrugen im Rentenzugang 2013 699 Euro (Deutsche Rentenversicherung Bund 2014b).

4.3 Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Seit den 1990er Jahren befasst sich die sozialepidemiologische Forschung zunehmend mit den Auswirkungen sozioökonomischer Unterschiede und der damit zusammenhängenden Lebenslagen auf Morbidität, Mortalität und Lebenserwartung. Es ist gut belegt, dass es relevante Zusammenhänge zwischen einem ungünstigem sozioökonomischem Status (SES) und schlechterer Gesundheit bis ins hohe Alter gibt. Für das Thema des Siebten Altenberichts sind diese Befunde aus zwei Gründen von Bedeutung: Zum einen werfen sie Schlaglichter auf langfristige Entstehungsprozesse von Versorgungsbedarfen, zum anderen geben sie Hinweise auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität verschiedener Gruppen von Älteren, die sich ihrerseits wiederum auf Teilhabe und Engagement auswirken kann.

4.3.1 Daten und Erklärungen: Vertikale gesundheitliche Ungleichheit im Alter

Lebenslagen und die mit ihnen verbundenen ungleichen Gesundheitsbelastungen und -ressourcen haben langfristige, das heißt über mehrere Dekaden oder über den gesamten Lebenslauf hinweg andauernde psychische und physische Gesundheitseffekte auf die davon Betroffenen. Im Folgenden werden einige Beispiele für lebenslaufbezogene Studien, in denen dieser Befund nachgewiesen wird, skizziert:

- Die Whitehall-Studien I untersuchten 1967-1970 den Zusammenhang zwischen beruflichem Status (3 Stufen) und Morbidität bei Männern im öffentlichen Dienst in England und Wales. 30 Jahre später, 1997-1998, wurde in den Whitehall-Studien II dieselbe Population untersucht und ein enger Zusammenhang zwischen beruflichem Status bei der ersten und Morbidität bei der zweiten Untersuchung festgestellt, mit einem bei niedrigem beruflichen Status zwei- bis fünffach erhöhten Risiko für schlechten subjektiven Gesundheitsstatus, schlechter mentaler Gesundheit, schlechter physischer Leistungsfähigkeit und Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens (Breeze u. a. 2001; Breeze 2007).
- In einer Studie an russischen Männern und Frauen über 50 (Durchschnittsalter der Männer 62,6, der Frauen 65,0) fanden sich gesundheitliche Auswirkungen der sozioökonomischen Unterschiede im Lebenslauf. Als SES-Indikatoren wurden Hungererfahrung im Alter von 15, Ausbildungsabschlüsse im Erwachsenenalter und das aktuelle Haushaltseinkommen verwendet. Es zeigte sich ein vier- bis fünffach erhöhtes Risiko für subjektiv schlechte Gesundheit bei Belastung bei allen drei Indikatoren (Nicholson u. a. 2005).
- Dragano und Siegrist verweisen auf vorläufige Ergebnisse hinsichtlich messbarer Zusammenhänge zwischen der sozialen Herkunft (gemessen am Beruf des Vaters) und der Krankheitshäufigkeit bei 45- bis 75-jährigen Männern und Frauen, die nach Kontrolle für den individuellen sozioökonomischen Status noch signifikant blieben (Dragano und Siegrist 2009).

Die Befunde dieser Studien legen nahe, dass frühere Belastungen im Lebenslauf durch spätere möglicherweise günstigere Lebenslagen nicht vollständig kompensiert werden können. Gleichzeitig liegen vielfältige Befunde für Zusammenhänge zwischen der aktuellen Lebenslage und diversen Gesundheitsoutcomes vor, sodass von einer Kombination von einerseits langfristigen kumulativen lebenslaufbezogenen Effekten und andererseits relativ kurzfristigen Auswirkungen aktueller Lebenslagen und Lebensstile ausgegangen werden kann. Dafür sprechen auch messbare Erfolge von Präventions- und Gesundheitsförderung bis ins hohe Alter.

International wurden Zusammenhänge von Morbiditätsaspekten (wie z. B. Häufigkeit von Hüftfrakturen, subjektive Gesundheit, Anzahl chronischer Krankheiten, Funktionsverlust und Mortalität) mit aktuellen sozioökonomischen Indikatoren (wie durchschnittlichem Einkommen im Wohnbezirk, Einkommen, Bildungsstatus, besonders aber auch Vermögen und Hausbesitz als Indikatoren für kumulierte sozioökonomische Lebenslaufeffekte) gezeigt (z. B. Berkman und Gurland 1998; Bacon und Wilbur 2000; Avlund u. a. 2003). Für Deutschland zeigen sich ebenfalls Zusammenhänge zwischen Einkommen und Gesundheitsergebnissen (Lampert u. a. 2007; Unger und Schulze 2013).

Die Befunde von Lampert in Tabelle 1 belegen deutlich, dass die Lebenserwartung in erheblichem Ausmaß vom Einkommensniveau abhängig ist. Dabei (wie in vielen anderen Studien, vgl. Lampert und Kroll 2010; Lampert und Kroll 2014; Unger und Schulze 2013) betreffen gesundheitliche Nachteile nicht lediglich die Gruppen mit Armutsrisiko; die Unterschiede zeigen hingegen einen sozialen Gradienten über alle Einkommensgruppen hinweg. Deutlich machen die Befunde aber auch, dass die Gesundheitsergebnisse der einkommensärmsten Gruppen im Vergleich zu den etwas Bessergestellten noch einmal besonders stark abfallen. Männer in der untersten Einkommensgruppe (0-60 % des mittleren [Median] Netto-Äquivalenzeinkommens, entspricht der Definition des Armutsrisikos) haben eine um mehr als 10 Jahre verminderte allgemeine Lebenserwartung im Vergleich zu Männern der höchsten Einkommensgruppe und eine um mehr als 14 Jahre verminderte gesunde Lebenserwartung. Bei Frauen fallen die Abstände geringer aus; der soziale Gradient ist aber ebenso deutlich. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass nach dieser Studie die durchschnittliche gesunde Lebenserwartung von Frauen der untersten Einkommensgruppe (0-60 % des mittleren [Median] Netto-Äquivalenzeinkommens) und Männern der drei unteren Einkommensgruppen (0-100 % des mittleren [Median] Netto-Äquivalenzeinkommens) unterhalb des gesetzlichen Renteneintrittsalters liegt.

Tabelle 1

Allgemeine und gesunde Lebenserwartung nach Einkommen und Geschlecht

	Lebenserwartung		**Gesunde Lebenserwartung**	
Einkommen	**bei Geburt**	**ab 65**	**bei Geburt**	**ab 65**
Männer				
0-60 %	70,1	12,3	56,8	10,5
60-80 %	73,4	14,4	61,2	12,5
80-100 %	75,2	15,6	64,5	13,7
100-150 %	77,2	17,0	66,8	14,8
> 150 %	80,9	19,7	71,1	16,4
Gesamt	**75,3**	**15,7**	**64,8**	**13,6**
Frauen				
0-60 %	76,9	16,2	60,8	14,1
60-80 %	81,9	19,8	66,2	16,4
80-100 %	82,0	19,9	67,1	16,6
100-150 %	84,4	21,8	69,1	17,8
> 150 %	85,3	22,5	71,0	18,0
Gesamt	**81,3**	**19,3**	**66,6**	**16,2**

Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995-2005.

Quelle: Lampert u. a. 2007: 17.

Die Studie von Unger und Schulz (2013), in der die Entwicklung der gesunden Lebenserwartung von Männern und Frauen im Alter von 40 Jahren in den letzten 20 Jahren untersucht wurde, belegt, dass sich der Zugewinn an gesunden Lebensjahren – zumindest für die männliche Bevölkerung – nicht für alle Einkommensgruppen gleichermaßen entwickelt hat. Während für Männer ab 40 Jahren in der untersten Einkommensgruppe von 1989 bis 2009 ein Anstieg um 5,7 Jahre zu beobachten ist, erhöhte sich die Anzahl der gesunden Lebensjahre in der höchsten Einkommensgruppe um 7,2 Jahre. Insgesamt liefern diese Befunde Indizien dafür, dass die gesundheitliche Ungleichheit über die Zeit hinweg zugenommen hat.

Der sozioökonomische Status ist nicht nur mit Morbidität assoziiert, sondern auch mit ihren Auswirkungen: In einer finnischen Studie wurden bei sozioökonomisch (Einkommen, Ausbildung) benachteiligten 75-Jährigen selbst bei gleicher Anzahl chronischer Krankheiten und gleichem gesundheitsrelevantem Verhalten (Rauchen, Bewegung) stärkere Einschränkungen ihrer funktionellen Kapazität gefunden als bei sozioökonomisch Bessergestellten (Rautio u. a. 2005; Rautio u. a. 2001). Lampert und Kroll berichten über vergleichbare Ergebnisse der GEDA-Studie, die für Frauen und Männer im Armutsrisikobereich schon im Erwachsenenalter deutlich häufiger aufgrund von Krankheiten funktionelle Einschränkungen im Alltag aufweisen (Frauen ab 18 Jahren aus der niedrigsten Einkommensgruppe tragen dafür ein zweifach, Männer ein dreifach erhöhtes Risiko). Bei Frauen und Männern über 65 Jahren verringert sich der relative Abstand zwischen den Einkommensgruppen, ein deutlicher sozialer Gradient bleibt allerdings bestehen (Lampert und Kroll 2010: 3f.). Borchert und Rothgang (2008) belegen für ältere Männer einen deutlichen Einfluss der beruflichen Position auf den Zeitpunkt des Eintritts von Pflegebedürftigkeit. Etliche chronische Erkrankungen verringern die Lebenszeit im Bereich des definierten Armutsrisikos stärker: beispielsweise wird die Lebenserwartung von Frauen aus dieser Gruppe durch einen Herzinfarkt um durchschnittlich elf Jahre, im Vergleich zu 3,8 Jahren in der hohen Einkommensgruppe (Männer 5,1 gegenüber 3,7 Jahren) verringert (Lampert und Kroll 2014: 4).

4.3.1.1 Gesundheitliche Ungleichheit bis in die höchsten Altersstufen

Zur Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit in höherem Alter gibt es unterschiedliche Befunde, Hypothesen und Theorien. Drei mögliche späte Verläufe des Zusammenhangs zwischen sozialem Status und Gesundheit werden diskutiert (vgl. hierzu ausführlicher Leopold und Engelhardt 2011): Konvergenz, Kontinuität und Divergenz.

1. Nach der „age-as-leveler-Hypothese“ nehmen gesundheitliche Unterschiede im höheren Lebensalter ab und es ist eine Konvergenz der Gesundheitssituation älterer Menschen zu erwarten. Dies wird zum einen mit selektiver Mortalität der niedrigeren Statusgruppen vor dem höheren Alter begründet, und zum anderen mit der wohlfahrtsstaatlich organisierten gleichwertigen medizinischen Versorgung im Alter; ein Argument, was beispielsweise für die Vereinigten Staaten zutrifft (und durch entsprechende Ergebnisse amerikanischer Studien untermauert wird, die aber in anderen Ländern so nicht bestätigt wurden) (ebd.: 213 f.). Eine weitere Erklärung (Lampert 2009: 123) betrifft eine abnehmende Betroffenheit durch bestimmte schichtspezifische Belastungen wie etwa durch Arbeit, und die Zunahme „biologischer“ Komponenten wie im Alter abnehmende Gesundheitsreserven – letzterem sind allerdings die über den Lebenslauf sozial vermittelten unterschiedlichen Gesundheitsressourcen entgegenzuhalten.
2. Ein zweiter möglicher Verlauf wird als Kontinuität bereits bestehender gesundheitlicher Unterschiede mit der „status-maintenance-Hypothese“ beschrieben und begründet: Gesellschaftliche Rollen mit ihren jeweiligen Ressourcen und Einschränkungen werden bereits früh im Leben verteilt beziehungsweise eingenommen und im späteren Leben in der Regel nur geringfügig verändert (Lampert 2009; Leopold und Engelhardt 2011).
3. Die dritte Hypothese geht von einer Akkumulation der relativen Vor- und Nachteile im Lebenslauf aus, wonach sich die gesundheitlichen Unterschiede im Alter eher noch vergrößern. Dabei wird einerseits ein Pfadmechanismus beschrieben: „Der vorhergehende Zustand verstärkt den darauffolgenden Zustand, was direkte und indirekte langfristige Konsequenzen nach sich zieht“; andererseits ein kumulativer Prozess, in dem sich Nachteile, die bestimmte Gruppen betreffen, addieren (Leopold und Engelhardt 2011: 211f.) – damit werden in dieser Konzeption horizontale und vertikale Ungleichheitsmerkmale einbezogen. In dieselbe Richtung geht die „Double-Jeopardy-These“, die mit dem Alter einhergehende höhere Verluste (gesellschaftliche Rollen, Gesundheit, Tod nahestehender Personen) für niedrige Statusgruppen einerseits und geringere Ressourcen für die Kompensation solcher Verluste andererseits als Hintergrund für eine Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit im Alter beschreibt (Lampert 2009: 123f.).

Die meisten Studien zeigen im Alter eine Fortdauer der mit dem sozioökonomischen Status verbundenen gesundheitlichen Ungleichheit, allerdings mit nicht immer eindeutigen Tendenzen für eine Vergrößerung gesundheitlicher Ungleichheit in allen gesundheitlichen Bereichen. Darüber hinaus fehlen umfassende Daten bezüglich Hochaltriger; für Menschen in sehr hohem Alter wird noch am ehesten mit einer Nivellierung der Unterschiede gerechnet, auch vor dem Hintergrund selektiver Mortalität[8] (Lampert 2009: 131f.). Neuere Längsschnittstudien zeigen allerdings sich im Alter vergrößernde Unterschiede im Zusammenhang mit unterschiedlichem Berufsstatus (Chandola u. a. 2007) oder unterschiedlicher Bildung (Leopold und Engelhardt 2011). Leopold und Engelhardt beispielsweise analysierten SHARE-Daten (Survey of Health, Aging and Retirement in Europe) in Hinblick auf einen Vergleich der gesundheitlichen Entwicklungen im Alter (Lebensalter 50-80) zwischen Menschen mit über- und unterdurchschnittlicher Bildung (gemessen als Anzahl der Bildungsjahre, fünf Jahre über beziehungsweise unter der durchschnittlichen Bildungsdauer). Als Indikatoren für körperliche Gesundheit wurden ADL (activities of daily living: Alltagsaktivitäten wie Aufstehen, persönliche Hygiene und Ankleiden), IADL (instrumental activities of daily living: instrumentelle Alltagsaktivitäten wie die Reinigung der Wohnung, Nahrungszubereitung und Einkaufen) und Mobilität sowie die Anzahl chronischer Krankheiten, subjektive Gesundheit und maximale Greifkraft der Hand gemessen. Als Indikatoren für psychische und kognitive Gesundheit wurden die Anzahl depressiver Symptome, zeitliche Orientierung, numerische Fähigkeiten, Gedächtnis und Kurzzeitgedächtnisleistungen sowie die Sprechgeschwindigkeit gemessen. Mit Ausnahme der Sprechgeschwindigkeit wurde für keinen der Indikatoren eine Verringerung der Ungleichheit zwischen „Bildungsreichen“ und „Bildungsarmen“ gefunden; im Hinblick auf die Anzahl chronischer Krankheiten, die subjektive Gesundheitseinschätzung sowie Kurz- und Langzeitgedächtnisleistungen verlief die Entwicklung parallel, das heißt dass die gesundheitliche Ungleichheit bestehen blieb. Für die Indikatoren Greifkraft, Einschränkungen bei Aktivitäten und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens sowie in der Mobilität, depressiven Symptomen, numerischen Fähigkeiten und zeitlicher Orientierung zeigte sich, dass sich die Unterschiede deutlich vergrößerten – und dass insofern die Vergrößerung der Unterschiede (Divergenz der Entwicklung) als „Hauptmuster bildungsbedingter Veränderungen der Gesundheit im Alter“ (ebd.: 207) identifiziert wurde. Chandola u. a. (2007) stellen in Daten der Whitehall-Studie II (Längsschnittdaten erhoben 1984-2004) eine Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit für britische Angestellte des öffentlichen Dienstes nach beruflichem Status im Alter von 39 bis 74 Jahren fest, sowohl für körperliche als auch für psychische Gesundheit. Diese Befunde verweisen zum einen auf die Akkumulationsthese und damit auch auf Annahmen des Lebenslaufansatzes hinsichtlich langfristiger und kumulativer Effekte von Belastungen beziehungsweise Ressourcen im Lebensverlauf, zum anderen auch auf die mit dem Alter wachsende Vulnerabilität, die dazu führt, dass Belastungen nicht mehr in gleicher Weise bewältigt werden können (vgl. auch Abschnitt 4.5.2).

4.3.1.2 Effekte unterschiedlicher Statusindikatoren

Die in diesem Abschnitt berichteten Studien beziehen sich zum Teil auf einzelne Statusindikatoren, sie untersuchen etwa den Einfluss von Einkommen (vgl. Lampert u. a. 2007), von vormaligem beruflichem Status (vgl. Breeze u. a. 2001; Breeze 2007) oder von Bildungsabschlüssen (bspw. Wurm u. a. 2010; Leopold und Engelhardt 2011) auf bestimmte Gesundheitsindikatoren im höheren Alter beziehungsweise im Altersverlauf, oder sie untersuchen die kumulativen Effekte mehrerer Statusindikatoren.

Schöllgen u. a. (2010) verglichen anhand von Daten des Deutschen Alterssurveys die jeweiligen Effekte von Einkommen und Vermögen sowie von Bildung auf physische, funktionale und subjektive Gesundheit. Im Alter scheint sich „Vermögen“ als kumulativer Indikator für die finanzielle Situation besser als das „Einkommen“ zu eignen; das bestätigt sich auch in dieser Studie: Während sich ein deutlicher Zusammenhang von Einkommen mit funktionaler und subjektiver Gesundheit zeigte (der sich bei der subjektiven Gesundheit allerdings mit dem Alter verringerte), war ein Zusammenhang von Einkommen mit physischer Gesundheit nicht nachweisbar. Mit Bezug auf Vermögen wurden jedoch sowohl kontinuierliche sowie sich mit dem Alter noch vergrößernde gesundheitliche Ungleichheiten nachgewiesen. Bildungsunterschiede zeigten in dieser Studie stabile Zusammenhänge mit allen drei verwendeten Gesundheitsindikatoren über die verschiedenen Altersstufen hinweg (Schöllgen u. a. 2010).

---

[8] Damit ist gemeint, dass vor allem die eher „Robusten“ aus den niedrigen Statusgruppen das höhere Alter erreichen.

Bildung wird als hochrelevanter Prädiktor für Gesundheit häufig hervorgehoben. Theoretische und epidemiologische Analysen betonen dabei auch die Interaktionen zwischen den verschiedenen Statusdimensionen. So wird der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit dadurch erklärt,

- dass sich die finanziellen Vorteile höherer Bildung, nämlich höhere Einkommen und bessere berufliche Positionen, in besseren und gesünderen Wohnlagen und geringerem finanziellen Stress niederschlagen (Leopold und Engelhardt 2011);
- dass durch Bildung vermittelte psychosoziale Vor- und Nachteile sich „im Ausmaß der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz, in den Fähigkeiten der Stressbewältigung sowie in der sozialen und instrumentellen Unterstützung durch Freunde und Familie“ sowie unterschiedlich ausgeprägter „Problemlösungskompetenzen und kognitiver Fähigkeiten“ niederschlagen (Leopold und Engelhardt 2011: 210) und
- dass Menschen mit höherer Bildung damit über bessere Stressbewältigungsressourcen verfügen.
- Nicht zuletzt – aber eben auch nur als ein Teil der Zusammenhänge – wird auf das Gesundheitswissen und das Gesundheitshandeln als Vermittlung zwischen Bildung und Gesundheit hingewiesen.

Aus der Kontextualisierung der Zusammenhänge zwischen Bildung und Gesundheit resultieren Anforderungen an bildungsbezogene Interventionen, die den vorhandenen „Bildungsgradienten“ im Alter nicht weiter verschärfen, sondern ihm nach Möglichkeit entgegenwirken (Köster 2011). Köster bezieht sich auf das „Konzept des „partizipativen Lernens“ nach Holzkamp (Holzkamp 1995), das „auf die Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten des Individuums [zielt], indem das Subjekt die Selbst- und Weltsicht weiterentwickelt und letztlich seine subjektive Lebensqualität erhöht“ (Köster 2011: 9). Demzufolge müssen Bildungsinterventionen so gestaltet werden, dass sie die Selbstorganisation von älteren Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen und Milieus (vgl. Abschnitt 4.5.5 in diesem Bericht) unterstützen und zu Teilhabe und Engagement befähigen (Köster u. a. 2008: 31).

4.3.1.3 Erklärungen für gesundheitsrelevante Verhaltensmuster

Die Annahme, gesundheitliche Ungleichheit lasse sich im Wesentlichen auf Unterschiede im Gesundheitsverhalten zurückführen, ist häufig diskutiert worden und muss zumindest relativiert werden (z. B. Berkman und Gurland 1998). Zwar hat selbstredend das Gesundheitsverhalten einen relevanten Einfluss auf Gesundheit. Es wurde vielfach nachgewiesen, dass sich Gruppen mit niedrigem sozioökonomischem Status ungesünder verhalten beispielsweise hinsichtlich der Ernährung, des Tabakkonsums, der Mundgesundheit, der Unfallprävention und der Verarbeitung gesundheitsbezogener Informationen (Lampert und Kroll 2010: 5). Bei der Analyse von Mortalitätsdaten des Robert Koch-Instituts erklärte das Gesundheitsverhalten von Erwachsenen (hier: Rauchen, Adipositas und sportliche Inaktivität) 28 Prozent des Mortalitätsrisikos von Frauen und 24 Prozent von Männern der niedrigen Statusgruppe (Lampert und Kroll 2014). Es besteht aber auch unabhängig vom Gesundheitsverhalten ein hoher statistischer Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Bedingungen und gesundheitlichen Ergebnissen (Richter und Mielck 2000). Der sozioökonomische Status prägt die Lebensbedingungen und wirkt sich in der Folge auf die Gesundheit aus: Ein höherer sozioökonomischer Status ist mit finanziellen Vorteilen und mit Bildungsvorteilen verbunden, ermöglicht Wohn-, Arbeits- und Freizeitsituationen mit vergleichsweise geringeren Belastungen hinsichtlich Lärm, Schadstoffen, Enge etc., geht mit größeren Ressourcen hinsichtlich Komfort, Geschmack und Qualität, Platz und Erholung einher und zieht größere Anerkennung und mehr soziale Unterstützung nach sich.

Zudem kann gesundheitliches Verhalten selbst als Ausdruck der sozioökonomischen Lage erklärt werden (Abel u. a. 2009): Gesund zu leben, ist mit höheren Kosten verbunden – für hochwertige Lebensmittel, für die Teilnahme an Sport und anderen Angeboten der Gesundheitsförderung, für die dafür nötige Ausrüstung, aber auch für eine altersgerechte und mobilitätsfreundliche Wohnung.

Andersherum lässt sich gesundheitsabträgliches Verhalten jedoch nicht ausschließlich mit fehlenden finanziellen Ressourcen erklären: Auch soziokulturelle Dimensionen der Ungleichheit beziehungsweise soziale Milieus und ihre gruppenspezifischen Handlungsressourcen und -orientierungen spielen hier eine Rolle. In diesem Zusammenhang ist der Habitus ein relevantes Konzept: Als ein Zusammenhang von Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsschemata, der sich milieuspezifisch aus Lebenslage und deren Verarbeitung entwickelt, ist er „[…] nicht nur eine strukturierende, die Praxis wie deren Wahrnehmung organisierende Struktur, sondern auch struk-

turierte Struktur“ (Bourdieu 1982: 279), und damit nicht frei gewählt. Vester beschreibt beispielsweise für unterprivilegierte Milieus einen „gelegenheitsorientierten Habitus“, der auf der Grunderfahrung von Abhängigkeit und Ohnmacht basiert, kaum an den Sinn von längerfristigen Anstrengungen (bspw. für Aufstieg oder Gesundheit) glaubt, und eher, zweifelsohne „aus der Not geboren“, in der Leugnung gesundheitlicher Risiken Identifikationen findet (Vester 2012: 50ff.). Auf diese Weise lässt sich das „strukturabhängige Verhalten“ milieu- und ungleichheitstheoretisch erklären.

4.3.1.4 Selektions- versus Kausationseffekte

Es hat sich erwiesen, dass die These einer umgekehrten Kausalität (Gesundheit beeinflusst durch Selektionseffekte die sozioökonomische Lage) in allen Studien nur einen geringeren Teil gesundheitlicher Ungleichheit erklärt (Thiede und Straub 1997; Mackenbach u. a. 2002). Dies gilt allerdings nur so lange und in dem Maße, wie sozialstaatliche Leistungen die Auswirkungen von Krankheit umfassend kompensieren. Für schlechter gestellte Haushalte allerdings gilt, dass mit erhöhten Eigenbeteiligungen an den Krankheitskosten (Zuzahlungen und direkte Zahlungen) und geringer Kompensation für Arbeitsunfähigkeit (Erwerbsminderungsrenten) das krankheitsbedingte Armutsrisiko steigt: „7,8 Millionen Haushalte in Deutschland hatten 2005 ein Haushaltsnettoeinkommen bis zur Höhe von 1.300 Euro. Davon hatten 13 Prozent – eine Million Haushalte – Gesundheitsausgaben von mehr als fünf, im Durchschnitt sogar mindestens neun Prozent ihres Haushaltsnettoeinkommens“ (Busch u. a. 2009: 5). Insbesondere durch den Ausschluss bestimmter Leistungen aus der GKV, deren Kosten auch bei der Einschränkung der Zuzahlung zu Gesundheitskosten für chronisch Kranke von 2 beziehungsweise 1 Prozent nicht angerechnet werden, die aber unweigerlich anfallen (z. B. Brillen/Sehhilfen, bei der Inanspruchnahme von Versorgung, Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung, besonders für Mobilitätseingeschränkte), ist die Absicherung im Krankheitsfall insbesondere seit der Gesundheitsreform 2003, insbesondere für chronisch Kranke mit geringem Haushaltseinkommen, geringer geworden. In diesen Fällen trägt Krankheit zur Unterschreitung des soziokulturellen Existenzminimums bei (Busch u. a. 2009). So hat auch der Prozentsatz derer, die die Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland als gut oder sehr gut bewerten, zwischen 1987 und 2007 um 17 Prozent (1987: 60 %; 2007: 43 %) abgenommen (ebd.: 6). Die Zuzahlungs- und Eigenleistungsregelungen müssen auch als Barriere für einen gleichen Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung gewertet werden.

4.3.1.5 Kompression von Morbidität und funktionellen Einschränkungen

Die heutigen Älteren sind im Durchschnitt gesünder als die Älteren früherer Kohorten. Tatsächlich zeigen etliche Befunde, dass sich – bei gleichbleibender oder verlängerter allgemeiner Lebenserwartung – die in Krankheit oder Behinderung verbrachte Lebenszeit durchschnittlich verkürzt hat („compression of morbidity“). Von diesen Gesundheitsgewinnen haben untere Schichten aber kontinuierlich und deutlich weniger profitiert (Unger und Schulze 2013; Kroll u. a. 2008). Internationale Befunde sehen auch keine eindeutige Kontinuität hinsichtlich eines Trends der Kompression der Morbidität (Howse 2005). Im Hinblick auf die Zunahme Hochaltriger wird in Zukunft ebenso mit einer relativen Zunahme von mit Multimorbidität und Behinderung verbrachten Lebensjahren gerechnet. Damit werden die Gesundheitsgewinne der letzten Jahrzehnte, die insbesondere auf bessere Lebensverhältnisse und gesündere Lebensstile (von denen eben sozioökonomisch Benachteiligte weniger profitiert haben) zurückzuführen waren und zu einer relativen Verringerung von mit Morbidität und Behinderung verbrachten Lebensjahre geführt haben, teilweise wieder aufgehoben (Robine und Michel 2004). Jüngere Daten für Europa weisen tatsächlich auf eine weiterhin kontinuierliche Steigerung der Lebenserwartung hin, die aber in etlichen Ländern nicht gleichzeitig von einer Kompensation durch eine Verlängerung der gesunden Lebenserwartung begleitet wird; dies gilt insbesondere für diejenigen Länder mit der höchsten Lebenserwartung (Rechel u. a. 2013). Inwiefern dies möglicherweise auch mit einer Vergrößerung der relativen Ungleichheit in den meisten Ländern (OECD, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2011) in Verbindung stehen könnte, kann hier nicht geklärt werden. Deutschland liegt hinsichtlich der Lebenserwartung ab 65 Jahren (21,2 Jahre) knapp über dem OECD-Durchschnitt (20,9 Jahre), hinsichtlich der gesunden Lebenserwartung ab 65 Jahren (Männer 6,7 Jahre, Frauen 7,3 Jahre) deutlich unter dem OECD-Durchschnitt (Männer 9,4 Jahre, Frauen 9,5 Jahre) (OECD 2013).

4.3.1.6 Nachbarschaften: Gesundheitliche Ungleichheitseffekte sozialer Räume

Schon im frühen 19. Jahrhundert gab es Hinweise auf Unterschiede in den Mortalitätsraten zwischen den Wohngebieten der Reichen und der Armen (Lenthe 2008). Mit der intensiven wissenschaftlichen Thematisierung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen in den letzten 30 Jahren wurden sozialräumliche Aspekte ungleicher Gesundheit wieder in den Blick genommen. Sie sind in diesem Bericht von besonderer Bedeutung, weil die Nachbarschaft, das Wohnumfeld beziehungsweise das Wohnquartier gerade für ältere Menschen die zentrale Lebenswelt darstellt, da sich für viele von ihnen ihr Mobilitätsradius graduell im Laufe des Alterns vermindert. Dies trifft insbesondere Ältere in niedrigen Statusgruppen, da sie einerseits durchschnittlich früher mit chronischen Krankheiten und Funktionseinschränkungen konfrontiert werden und ihnen andererseits die finanziellen Mittel fehlen, diese zu kompensieren. Die Nachbarschaft beziehungsweise das Wohnquartier stehen zudem als strategische und operationale Handlungsebene von kommunaler Politik und Zivilgesellschaft im Fokus dieses Berichts.

Mittlerweile existiert eine Fülle sozialepidemiologischer Befunde, die – insbesondere auch für ältere Menschen – eigene Gesundheitseffekte von Bezirken, Wohnquartieren oder Nachbarschaften, für Morbidität, Mortalität, aber auch für gesundheitsrelevante Lebensstile und Verhaltensweisen aufzeigen (für ein Review vgl. Yen u. a. 2009) . Beispielsweise zeigten Breeze u. a. (2005) anhand eines auf Bezirksebene angewandten Deprivationsindexes in Großbritannien, dass beides, bezirkliche Deprivation und niedriger sozioökonomischer Status, einen negativen Effekt auf gesundheitsbezogene Lebensqualität haben. Clark u. a. (2011) wiesen auf erhöhte Schlaganfallsterblichkeit im Zusammenhang mit niedriger sozialer Kohäsion (als Beziehungs-, Interaktions- und Unterstützungsdichte) in der Nachbarschaft in den USA hin. Müller und Berger (2013) zeigten für Dortmund ein erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes für Bewohner von Stadtvierteln mit hohem sozioökonomischen Depriva-tionsfaktor (gemessen am Anteil von Sozialhilfeempfängern, Arbeitslosen, Menschen mit Migrationshintergrund, Bevölkerungsdichte, Anteil von unter 14- und über 65-Jährigen) unabhängig von ihren individuellen Merkmalen. Maas u. a. (2006) fanden in einer niederländischen Studie einen relevanten Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit von Grünflächen im Wohnumfeld und subjektiver Gesundheit, und zwar verstärkt für Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status und verstärkt für ältere Menschen. Schöppe und Braubach (2007) verwiesen in einem Überblick auf verschiedene Studien, die einen Zusammenhang zwischen baulichen und sozialen Strukturen von Quartieren (Vorhandensein von Grünflächen und Einrichtungen des öffentlichen Bedarfs im Wohnumfeld, empfundene Sicherheit im öffentlichen Raum) und der Häufigkeit alltäglicher Bewegung von älteren Menschen feststellen. Braubach und Fairburn (2010) konnten, ebenfalls in einer Überblicksstudie, für die meisten europäischen Länder (Deutschland eingeschlossen) nachweisen, dass wohn- und wohnumfeldbezogene Nachteile (Brennstoffarmut, Mängel in der Sanitärausstattung, Feuchtigkeit, Lärm und Schadstoffemissionen) Menschen niedriger Statusgruppen deutlich häufiger betreffen. Merkmale von Wohngegenden beeinflussen die körperliche Aktivität und die körperliche Gesundheit älterer Menschen wie auch die psychische Gesundheit. In einer Übersichtsarbeit mit 17 Studien zeigte sich, dass in benachteiligten Wohngegenden depressive Symptome bei älteren Menschen stärker ausgeprägt sind als in wenig benachteiligten Wohngegenden (Julien u. a. 2012; vgl. auch Everson-Rose u. a. 2011).

Es wird deutlich, dass es identifizierbare Strukturen von Nachbarschaften oder Wohnquartieren gibt, mit denen Gesundheitseffekte bei älteren Menschen in Zusammenhang gebracht werden können. Neben einer Fülle epidemiologischer Studien hat es etliche Versuche gegeben, Faktoren und Effekte von Wohnquartieren zu systematisieren und theoretische Erklärungen zu diskutieren (Bernard u. a. 2007; Cummins u. a. 2007; Kronauer 2008; Lenthe 2008; vgl. ausführlich Abschnitt 4.7).

4.3.2 Horizontale gesundheitliche Ungleichheit

Zusätzlich zu den vertikalen Unterschieden (SES) tragen horizontale Dimensionen wie Gender (Babitsch 2005), Ethnizität (Razum u. a. 2008), Einschränkungen sowie sexuelle Orientierungen innerhalb gegebener gesellschaftlicher Strukturen zu günstigen oder ungünstigen Lebenslagen, zu mehr oder weniger ausgeprägten Verwirklichungschancen und damit zu Gesundheitseffekten bei.

4.3.2.1 Gender, Alter und Gesundheit

Weithin bekannt sind die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Frauen und Männern: Frauen leben im Durchschnitt länger als Männer; die Mortalitätsraten der Männer sind bis ins hohe Alter höher (RKI 2014). Die Differenzen der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen fallen aber in den europäischen Ländern recht unterschiedlich aus: zwischen 3,6 und 4 Jahre etwa in Schweden, Großbritannien, Niederlande und Norwegen, 4,9 beziehungsweise 4,6 Jahre in Italien beziehungsweise Deutschland, 6,1 in Finnland und 6,6 Jahre in Frankreich (alle Angaben für 2013) (OECD 2015). Gleichzeitig sind Frauen stärker von funktionellen Einschränkungen (disabilities) betroffen (Case und Paxson 2005). Für das sogenannte „female-male health-survival paradox" (vgl. Oyen, van u. a. 2013) wurde ein Bündel unterschiedlicher Ursachen identifiziert: genetische und hormonelle Unterschiede, die Kombination von negativen sozioökonomischen Faktoren mit risikoreichen Verhaltensweisen besonders bei Männern, die stärkere Stressbelastung durch das Berufsleben sowie Unterschiede zuungunsten der Männer in der Prävalenz besonders mortalitätsrelevanter Krankheiten wie Herzkrankheiten, Malignome und zerebrovaskulärer Erkrankungen (Baltes u. a. 1996), aber auch ein genderspezifisch unterschiedlicher Umgang mit Krankheitsanzeichen und Inanspruchnahme von Prävention und Versorgung (RKI 2014). Außerdem wird die Sterberate der Männer stärker als die der Frauen negativ durch die verschiedenen Formen des Alleinlebens (ledig, geschieden, verwitwet) beeinflusst (Alber 2005). Während das „health-survival-Paradox" nahezu weltweit feststellbar ist, wird gleichzeitig auf Unterschiede hingewiesen, dass nämlich die identifizierbaren Faktoren für diesen Effekt sich zwischen europäischen Ländern unterscheiden und mit politischen, sozioökonomischen und soziokulturellen Entwicklungen zusammenhängen, die ihrerseits Einfluss auf gender- und schichtspezifische Lebensstile haben (Oyen u. a. 2013). Für die „Überlebenden" gilt aber auch, dass die Befunde für Frauen negativer sind als die für Männer. Insgesamt scheint die körperlich-organische Gesundheit älterer Frauen nicht wesentlich schlechter zu sein als die gleichaltriger Männer; allerdings sind Frauen häufiger von multiplen chronischen Krankheiten betroffen (41 % der Frauen in der Berliner Altersstudie gegenüber 30 % der Männer, vgl. Mayer u. a. 1996). Zudem beurteilten die Frauen in dieser Studie ihre subjektive Gesundheit schlechter als die Männer; ihre Funktionseinschränkungen und ihre Hilfsbedürftigkeit waren stärker ausgeprägt als die der Männer und stiegen mit dem Alter stärker an. Frauen klagten häufiger über psychische Störungen, was sich auch in klinischen Ergebnissen niederschlägt: Für Depression und für Demenz wurden höhere Werte für Frauen gemessen (Müters u. a. 2013). Zumindest im Hinblick auf Behinderungen deuten einzelne Befunde darauf hin, dass diese Tendenzen sich nicht verbessern: Während für Männer in Deutschland ein Anstieg der relativen (im Verhältnis zur allgemeinen Lebenserwartung) behinderungsfreien Lebenserwartung zwischen 1998 und 2003 gemessen wurde, sanken die Werte für Frauen in Deutschland um mehr als 5 Prozent (Robine und Jagger 2005). Möglicherweise können die negativeren Befunde für Frauen wesentlich durch ihre ungünstigeren Lebensbedingungen erklärt werden: Frauen sind häufiger verwitwet, leben häufiger alleine, leisten häufiger Hilfe und sind häufiger von Armut und niedrigem Sozialstatus betroffen. Frauen sind, möglicherweise zum Teil durch ihr im Vergleich zu Männern anderes Inanspruchnahmeverhalten hinsichtlich medizinischer Versorgung, stärker von problematischen Arzneimittelverordnungen betroffen: Problematische Dauerverordnungen von Benzodiazepinen mit einem hohen Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAWs)[9] betreffen ab einem Alter von 50 Jahren Frauen zu 80-140 Prozent häufiger als Männer (Glaeske und Hoffmann 2004); diese erhöhen insbesondere das Sturzrisiko (Modreker und Renteln-Kruse 2009). Außerdem mag das selektive Überleben besonders gesunder Männer zur Erklärung beitragen. Neuere OECD-Daten, die für Deutschland im Vergleich zum OECD-Durchschnitt einen geringeren Prozentsatz der über 65-Jährigen aufweisen, die sich selbst in guter Gesundheit sehen, zeigen allerdings einen unterdurchschnittlichen Unterschied zwischen Frauen und Männern (OECD 2013: 175). Die Gesamtbeurteilung der Lebenslagen im höheren Alter – die allerdings durch Gesundheit maßgeblich bestimmt werden – zeigt aber ein für die Frauen eher negatives Bild: 58,5 Prozent der Frauen in der Berliner Altersstudie – gegenüber 38,4 Prozent der Männer – befanden sich in Lebenslagen, die als schlecht oder sehr schlecht beurteilt wurden, nur 41,6 Prozent der Frauen – gegenüber 69,7 Prozent der Männer – in solchen, die als durchschnittlich oder gut bewertet wurden (Mayer u. a. 1996).

[9] UAWs betreffen hier Abhängigkeitsentwicklung und Absetz- und Entzugserscheinungen (bei Unterbrechung der Einnahme) sowie Einschränkungen von Konzentrationsfähigkeit, Gangsicherheit (mit der weiteren Folge von Stürzen und Brüchen) und kognitiven Fähigkeiten (Glaeske und Hoffmann 2004).

4.3.2.2 Migration, Alter und Gesundheit

Bisher stellten ältere Menschen mit Migrationsgeschichte eine kleine und relativ jüngere Gruppe innerhalb der gesamten Population älterer Menschen in Deutschland dar. Für 2010 wurde der Anteil der 60-jährigen und älteren ausländischen Menschen auf knapp 7 Prozent (1,3 Mio.) geschätzt. Er soll bis 2030 auf 24 Prozent (knapp 2,9 Mio.) ansteigen (Ulusoy und Gräßel 2010); entsprechend wird sich das Durchschnittsalter ausländischer älterer Menschen deutlich erhöhen.[10] Ältere Menschen mit Migrationshintergrund weisen im Vergleich zur gleichaltrigen Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte im Allgemeinen einen schlechteren Gesundheitszustand auf, sowohl in physischer als auch in psychischer Gesundheit (Özcan und Seifert 2006). Während für die Zuwanderungsgenerationen selbst ein „healthy-migrant-effect“ erkennbar war, verliert sich dieser Gesundheitsvorteil zunehmend mit längerem Aufenthalt im Einwanderungsland und mit dem Älterwerden in und nach einem Leben mit schwierigen sozioökonomischen Bedingungen und verkehren sich in deutliche gesundheitliche Nachteile im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund. Fast alle altersbedingten Krankheiten sind bei Älteren mit Migrationshintergrund häufiger, psychische Probleme werden häufiger benannt, ebenso Funktionseinschränkungen (Razum u. a. 2011). Als migrationsbedingte sozioökonomische Unsicherheiten werden unter anderem ein „unsicherer Aufenthaltsstatus, ungünstige Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit, geringere finanzielle Ressourcen und Trennung von Familienangehörigen“ (Razum u. a. 2008: 100) genannt, die vergleichsweise schlechtere Gesundheitsergebnisse im Alter erwarten lassen. In einigen Studien verschwinden die gesundheitlichen Nachteile der Älteren mit Migrationshintergrund allerdings beim Vergleich mit Gruppen ohne Migrationshintergrund mit ähnlichem sozioökonomischen Status (für subjektive Gesundheit vgl. Baykara-Krumme und Hoff 2006, für Depression vgl. Sahyazici und Huxhold 2012). Diese Ergebnisse verweisen also auf die generell ungünstigeren Lebensbedingungen der meisten Migrantinnen und Migranten in Deutschland insgesamt. Schenk skizziert ein insgesamt komplexes Verhältnis zwischen Migration, sozialer Lage und Gesundheit, weshalb sozioökonomische und soziokulturelle Bedingungen im Herkunfts- und im Aufnahmeland, Migration als kritisches Lebensereignis und Zugangsbedingungen und Inanspruchnahmeverhalten von Leistungen im Gesundheitssystem zum Verständnis der gesundheitlichen Situation für verschiedene Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund beachtet werden müssten (Schenk 2007).

4.3.2.3 Behinderung, Alter und Gesundheit[11]

Derzeit kommt die erste Generation behinderter Menschen nach dem Ende der NS-Herrschaft und deren Verbrechen gegen behinderte Menschen durch Vernachlässigung, Zwangssterilisation und Ermordung ins Rentenalter. Zudem profitieren auch behinderte Menschen von der allgemeinen Verbesserung der Lebensverhältnisse in sozialer und medizinischer beziehungsweise gesundheitspolitischer Hinsicht und verfügen über eine höhere Lebenserwartung. Im Hinblick auf die Lebenserwartung zeigten internationale Befunde aus den 1990er Jahren, dass 60 Prozent der Menschen mit einer geistigen Behinderung mindestens 60 Jahre und 13 Prozent mindestens 80 Jahre alt wurden (vgl. Dieckmann und Metzler 2013: 28). Die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit Down-Syndrom stieg international zwischen 1929 und 2002 von 9 auf 60 Jahre (ebd.: 32).

Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung tragen erhöhte Krankheitsrisiken. Menschen mit geistiger Behinderung, insbesondere solche mit Down-Syndrom, sind überdurchschnittlich früh und häufig von Demenzen betroffen, des Weiteren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Essstörungen, muskulo-skelettalen Problemen und Sinnesbeeinträchtigungen (Kruse 2010). Menschen mit körperlichen Behinderungen sind besonders stark von chronisch-degenerativen Erkrankungen wie Parkinson und Multipler Sklerose sowie den Nebenwirkungen jahrelangen Medikamentenkonsums betroffen (vgl. BAGüS 2013: 6).

Mit zunehmendem Alter verstärken sich tendenziell „körperliche Beschwerden (z. B. bei Zerebralparesen), was zu zusätzlichen Schmerzen, Belastungen und Unwohlsein führen kann“ (Schäper u. a. 2010: 30), bei infantilen Zerebralparesen (ICP) unter anderem zu „abnehmender Gehfähigkeit“ aufgrund von mangelnder beziehungsweise

[10] Zu den unterschiedlichen Migrationskonzepten, die mit den Kategorien Migrant, Ausländer, Migrationshintergrund verbunden sind, vgl. Abschnitt 4.6.2.1 in diesem Bericht.

[11] Der hier folgende Absatz gibt Teile der für die Altenberichtskommission verfassten unveröffentlichten Expertise „Behindert alt werden – spezifische Lebenslagen und Bedarfe“ von Michel Zander (2014) wieder. Dabei wechseln sich wörtliche Wiedergaben mit zusammenfassenden Formulierungen ab.

„Fehl- und Überbelastung des Bewegungsapparats“ (ebd.: 51). Zunehmende Einschränkungen ihrer Beweglichkeit berichten auch contergangeschädigte Menschen mittleren Alters (vgl. Enns u. a. 2009: 39). Menschen mit einer „geistigen“ Behinderung gelten als unterrepräsentiert in der gesundheitsbezogenen Forschung (vgl. Schäper u. a. 2010: 41). Gleichzeitig sind sie oft besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. So wurden in mehreren Untersuchungen in Heimen und Werkstätten für behinderte Menschen 30 bis 50 Prozent der Teilnehmenden als übergewichtig oder adipös klassifiziert; Ursachen seien eine „Überbetonung oraler Bedürfnisse“ mangels anderer Befriedigungsmöglichkeiten, die Vergabe von Neuroleptika, die das Sättigungsgefühl beeinträchtigen sowie mangelndes Einkommen und damit fehlender Zugang zu qualitativ hochwertigen Nahrungsmitteln (ebd.: 45).

Menschen mit geistiger Behinderung tragen ein erhöhtes Risiko, im Alter psychisch zu erkranken. Allerdings komme es auch häufig zu Fehldiagnosen, weil „körperliche Erkrankungen nicht erkannt wurden, sondern in der Wahrnehmung des Umfeldes die dadurch ausgelösten psychischen Symptome (Angstzustände, Unruhe o. Ä.) im Vordergrund“ (ebd.: 49) stünden. Grund dafür sei oft die problematische oder misslingende Kommunikation. Zudem sind Menschen mit geistiger Behinderung stärker der Gefahr ausgesetzt, an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken: Von den über 60-Jährigen leiden mehr als die Hälfte an demenziellen Symptomen (vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009: 33).

Prognosen über Veränderungen im Gesundheitszustand von Körperbehinderten zu entwickeln, ist nicht nur aufgrund fehlender Daten schwierig, sondern auch aus Gründen der Varianz und Komplexität: Hinter einer Diagnose steht eine Vielzahl von medizinisch beschreibbaren Erscheinungsformen und hinter einer diagnostizierten Bevölkerungsgruppe Menschen in verschiedenen Lebenslagen und folglich unterschiedlichen Bedürfnissen und Bedarfen. Am Beispiel der Conterganschädigung verdeutlichen dies Kruse u. a. (2012: 18): „Die unter dem Begriff der Conterganschädigung zusammengefassten Schädigungsmuster sind hochkomplex und individuell höchst verschiedenartig, sodass auch eine Generalisierung über diese Schädigungsmuster und deren Folgen für die persönliche Lebensgestaltung nur in Grenzen möglich ist.“ Kruse u. a. (2012: 75ff.) konnten zeigen, dass unter den untersuchten Menschen mit Conterganschädigung gruppenübergreifend in den letzten fünf Jahren insbesondere Muskelbeschwerden, Schmerzen und Arthrosen deutlich zugenommen haben.

4.3.2.4 Gesundheit älterer homosexueller Frauen und Männer[12]

In Deutschland liegen bisher keine expliziten Forschungen über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von älteren Lesben und Schwulen vor. Internationalen Studien zufolge wirken sich direkte und indirekte Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen („Minderheitenstress“) auf die psychische und physische Gesundheit von Lesben und Schwulen aus (Fredriksen-Goldsen u. a. 2011; Herek u. a. 2007). Dies äußert sich darin, dass Lesben und Schwule häufiger als Heterosexuelle von Depressionen, Ängsten, Suizidgedanken, Suiziden sowie von Substanzmissbrauch betroffen sind. In einer qualitativen Studie mit älteren Lesben gab es vergleichbare Hinweise (Plötz 2006). Bezüglich schwuler Männer wurde auch auf erfolgreiche Bewältigungsstrategien im Umgang mit Krankheiten und Beschwerden hingewiesen (Wangerin 2008). Insbesondere frühzeitige homosexuelle Identitätsbildung ermögliche ein „Stigmamanagement“, das als psychische Ressource für den weiteren Gesundheits- und Alter(n)sprozess diene – im Gegensatz zu Männern, denen eine homosexuelle Identitätsentwicklung erst spät oder kaum möglich war (Bochow 2005).

HIV-Infektionen bei schwulen Männern scheinen sich, aktuellen Befragungen mit Expertinnen und Experten zufolge, in Verbindung mit dem Älterwerden durch Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit (bspw. Depressionen) negativ auf die Lebensqualität auszuwirken. Dazu kommen „Multiproblemlagen“, die unterschiedlich psychosozial, psychiatrisch, sozioökonomisch und medizinisch zueinander wirken. Sie entstehen beispielsweise aufgrund finanzieller Probleme durch Frühverrentung oder Langzeitarbeitslosigkeit bei Langzeitpositiven, aufgrund einer problematischen fachärztlichen Versorgungssituation in ländlichen Wohngegenden oder aufgrund fehlender tragfähiger sozialer Unterstützungsnetze (Langer 2014).

[12] Dieser Absatz gibt Teile der im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission verfassten Expertise „Lebenslagen, Partizipation und gesundheitlich-/pflegerische Versorgung älterer Lesben und Schwuler in Deutschland“ (Gerlach und Schupp 2014) wieder. Dabei wechseln sich wörtliche Wiedergaben mit zusammenfassenden Formulierungen ab.

4.4 Ungleiche medizinische und pflegerische Versorgung

Die Forschungslage hinsichtlich sozialer Ungleichheiten bei der medizinischen (Knesebeck u. a. 2009) und pflegerischen (Möller u. a. 2013) Versorgung gilt in Deutschland beispielsweise im Vergleich zu Großbritannien, wo dieser Aspekt der Versorgungsforschung deutlich mehr Gewicht hat, als unbefriedigend. Knesebeck u. a. (2009) unterscheiden zwischen (1) Ungleichheit beim Zugang zu Versorgungsleistungen, (2) Ungleichheit bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und (3) ungleiche Qualität der erbrachten Versorgungsleistungen. Allerdings lässt sich „Zugang“ (als maßgeblich von der Versorgerseite her verstanden) nicht immer klar von „Inanspruchnahme“ (von der Nutzerseite her verstanden) trennen (Klein u. a. 2014), weil in der Regel eine Kombination von beidem über die Durchführung von Dienstleistungen entscheidet. In Deutschland wird neben den gebräuchlichen SES-Indikatoren auch die Zugehörigkeit zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung als relevanter Indikator für ungleiche Behandlung verwendet. Auch wenn ein umfassendes Gesamtbild fehlt, gibt es doch etliche Hinweise auf Ungleichheiten in allen drei Bereichen.

4.4.1 Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung

Hinsichtlich des Zugangs zu ambulanten ärztlichen Versorgungsleistungen werden im Allgemeinen in Deutschland keine Unterschiede zwischen verschiedenen Statusgruppen festgestellt: Lostao u. a. (2007) konstatierten zwar für Deutschland eine höhere Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen Versorgungsleistungen durch niedrigere Statusgruppen (im Gegensatz zu umgekehrten Tendenzen in Frankreich), sie halten dies durch den höheren Versorgungsbedarf dieser Gruppen jedoch für ausreichend begründet.[13] Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern erklären sie mit den unterschiedlichen Systemen der Kostenbeteiligung in den nationalen Gesundheitssystemen. Andere Studien bestätigen eine häufigere Nutzung der Hausärzte durch niedrigere Statusgruppen in Deutschland („pro-poor“).

Europaweit wurde aus SHARE-Daten ein sozial ungleicher Zugang („pro-rich“, nach drei Bildungsgruppen) zu Fachärzten festgestellt. Dabei erwies sich die Ungleichheit umso höher, je weniger der Zugang durch das jeweilige Gesundheitssystem reguliert ist. In Deutschland mit seinem eher ungeregelten Zugang zur fachärztlichen Versorgung (im Gegensatz zu ausgeprägten Modellen des Gatekeepings durch Hausärzte) wurden entsprechend große Unterschiede gemessen: Die Wahrscheinlichkeit eines Facharztbesuchs ist bei der Gruppe mit mittlerer Bildung knapp doppelt so hoch und bei der Gruppe mit höherer Bildung mehr als doppelt so hoch als bei der Gruppe mit geringer Bildung (vgl. Reibling und Wendt 2010). Umgekehrt trugen Hausarztmodelle dazu bei, dass sich der soziale Gradient im Hinblick auf Facharztbesuche stark verringerte (Schnitzer u. a. 2011). Bei einem unbestrittenen höheren Versorgungsbedarf aufgrund häufigerer und schwererer Erkrankungen bei den niedrigeren Statusgruppen können die selteneren Facharztbesuche niedrigerer Statusgruppen als Hinweis auf eine mögliche Unterversorgung gewertet werden (Klein u. a. 2014). Zusätzlich wurden für Deutschland relevante Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten in der Wartezeit auf einen Termin für ambulante ärztliche Behandlung auch bei akuten Beschwerden festgestellt (Zok 2007), ein Umstand, der gleichermaßen als Zugangsbarriere wie auch als Hinweis auf eine schlechtere Versorgungsqualität gewertet werden muss. Für Diabetespatientinnen und -patienten mit niedrigem sozioökonomischem Status wurde in Deutschland beispielsweise ein schlechterer Versorgungszustand (schlechtere glykämische Kontrolle, häufigere Komplikationen, geringeres Wissen, seltenere Nutzung von Diabetesschulungen) nachgewiesen (Kowall und Mielck 2010). Dies kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass zielgruppenspezifische Behandlungsstrategien notwendig wären, die aber in Deutschland nicht systematisch gefördert werden.

Zuzahlungen (bzw. Direktzahlungen) gelten als einer der Mechanismen, die zu ungleichem Zugang oder ungleicher Inanspruchnahme beitragen, sie werden als solche auch kritisiert (Holst 2008). Kurz nach der Einführung der Praxisgebühr in Deutschland konnten Grabka u. a. (2006) mit Daten des sozio-oekonomischen Panels (SOEP) keine ungleiche beziehungsweise problematische Veränderung der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung feststellen, fanden allerdings später auf der Grundlage von Daten des Bertelsmann Healthcare Monitors einen deutlichen sozialen Gradienten, nach dem Gruppen mit geringerem Einkommen deutlich häufiger als notwendig

---

[13] Ihre Daten beziehen sich allerdings auf die Zeit vor der Erhebung der Praxisgebühr in Deutschland (2003-2012).

erachtete Arztbesuche verschoben oder ganz vermieden. Ein besonders hohes Maß der Vermeidung der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (Arztbesuch 48,9 % und Medikamentenkauf 57,1 % der befragten 51-Jährigen und Älteren) wurde bei überschuldeten Personen festgestellt (Münster u. a. 2010).

Hinsichtlich der stationären Versorgung wurden in Deutschland kaum Hinweise auf einen ungleichen Zugang beziehungsweise eine ungleiche Inanspruchnahme gefunden. In einer Studie wurde festgestellt, dass bei gleichem Versorgungsbedarf privat versicherte Patientinnen und Patienten mit höherer Wahrscheinlichkeit stationär aufgenommen wurden (Kiesel und Gruber 2012). In Bezug auf die Qualität stationärer Versorgung deutet eine qualitative Studie (Dreißig 2008) allerdings Unterschiede in der Sorgfalt des Umgangs des ärztlichen und pflegerischen Personals mit Patientinnen und Patienten an, und zwar zuungunsten solcher Patientinnen und Patienten, die sich nicht gut verständlich machen können, darunter solche mit Migrationshintergrund. Dreißig bewertet ihre Beobachtungen als „strukturelle Benachteiligung […], bei der insbesondere sozial schwache, zurückhaltende, kommunikativ eingeschränkte Patientinnen und Patienten benachteiligt werden“ (Dreißig 2008: 373).

Hier deutet sich an, dass Unterschiede im Zugang zu medizinischer Versorgung nicht nur vom sozioökonomischen Status abhängen: Der Zugang zu einer angemessenen medizinischen Versorgung ist auch schwieriger für spezifisch vulnerable Gruppen älterer Patientinnen und Patienten, die zum einen ihre Bedarfe und Bedürfnisse weniger gut vertreten können, zum anderen aber auch Bedarfslagen aufweisen, für deren angemessene Versorgung besondere Kompetenzen erforderlich sind. Dabei ist auf fehlende Kompetenzen innerhalb der medizinischen Versorgung im Allgemeinen und auf relevante räumliche Disparitäten insbesondere zwischen großstädtischen und ländlichen Gebieten hinzuweisen.[14] Es handelt sich um die folgenden Gruppen:

- Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte: Viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere mit türkischem Migrationshintergrund, haben die deutsche Sprache nur teilweise erlernt; zudem beruht ihr Wissen über das deutsche Gesundheitssystem teilweise auf unzureichenden Schneeballinformationen innerhalb ihrer informellen Netzwerke. Als Folge dessen nehmen Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich mit deutschen Patientinnen und Patienten häufiger Notfallambulanzen in Anspruch (für Berlin vgl. Borde u. a. 2003). Sie haben gleichen Zugang zur hausärztlichen, aber einen geringeren Zugang zur fachärztlichen Versorgung, und sie haben einen um die Hälfte geringeren Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen (Weber und Hörmann 2011), ohne dass dabei ein vermutlich medizinisch höherer Bedarf bereits berücksichtigt wäre. Knipper und Bilgin (2010) fordern deshalb einen differenzierten, das heißt nicht einseitig kulturalisierenden Umgang des medizinischen Fachpersonals mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund.
- Ältere Menschen mit Einschränkungen[15] (zu ihrer gesundheitlichen Lage vgl. Abschnitt 4.3.2.3 in diesem Bericht): Insgesamt sind Informationen über die medizinische Versorgungssituation spärlich. Selbst die Analyse des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung zur Situation älterer Menschen mit Behinderung in Deutschland (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009) übergeht die Frage der angemessenen medizinischen Betreuung. Schäper u. a. (2010: 58f.) weisen aber darauf hin, dass medizinische Fachkräfte gerade „geistig“ behinderten Älteren oft mit „Unverständnis und Hilflosigkeit“ begegnen, was durch Zeitdruck und Rationierung von Leistungen noch verstärkt werde. Dem erforderlichen erhöhten Kommunikations-, Hilfe- oder Pflegebedarf werde kaum Rechnung getragen. Auch für lebenslang oder langjährig Körperbehinderte – wie beispielsweise contergangeschädigte Menschen – werden speziell ausgebildete Pflege- und Assistenzkräfte sowie spezielle Kompetenzzentren im Gesundheitswesen als erforderlich erachtet (Kruse u. a. 2012), die aber, wenn überhaupt, nicht flächendeckend vorhanden sind.
- Ältere Lesben und Schwule[16] (zu ihrer gesundheitlichen Lage vgl. Abschnitt 4.3.2.4; zur Lebenslage vgl. Abschnitt 4.6.4 in diesem Bericht): Über die gesundheitliche Versorgung von älteren Lesben und Schwulen in Deutschland kann derzeit ebenfalls nur wenig gesagt werden. In qualitativen Studien zeigten sich Hinweise

[14] Genderbezogene Unterschiede in der medizinischen Versorgung wurden bereits im Sechsten Altenbericht bearbeitet (Deutscher Bundestag 2010).

[15] Dieser Absatz gibt Teile der im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission verfassten Expertise „Behindert alt werden – spezifische Lebenslagen und Bedarfe“ (Zander 2014) wieder. Dabei wechseln sich wörtliche Wiedergaben mit zusammenfassenden Formulierungen ab.

[16] Dieser Absatz gibt Teile der im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission verfassten Expertise „Lebenslagen, Partizipation und gesundheitlich-/pflegerische Versorgung älterer Lesben und Schwuler in Deutschland“ (Gerlach und Schupp 2014) wieder. Dabei wechseln sich wörtliche Wiedergaben mit zusammenfassenden Formulierungen ab.

auf Zurückhaltung im Inanspruchnahmeverhalten lesbischer Frauen aufgrund von erfahrenen beziehungsweise erwarteten Diskriminierungen (Dennert 2005: 179) und auf einen Mangel an fachlicher Kompetenz mit lesbenspezifischen Fragestellungen bei Ärztinnen und Ärzten (ebd. 2005: 179). Insbesondere ältere Schwule und Lesben, die in kleinstädtischen und ländlichen Gebieten leben, sind auf Betreuung durch in der Nähe befindliche Ärztinnen und Ärzte angewiesen. Aus Angst vor Ressentiments und Diskriminierungen wird die sexuelle Identität bei Inanspruchnahme des Gesundheitssystems häufig verschwiegen, sodass mit der sexuellen Identität verbundene Aspekte des Lebens nicht in Anamnese und Behandlung von Lesben und Schwulen einbezogen werden können. Die durch wirksame Therapien nahezu durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit HIV führt zu einer steigenden Anzahl von Menschen im dritten und vierten Lebensalter mit HIV. Aidshilfen leisten zielgruppenorientierte Beratung und Betreuung, können aber keine flächendeckende Versorgung für Menschen mit HIV in Deutschland gewährleisten. Diese wird in vielen Regionen auf die Professionalisierung von Einrichtungen der Altenhilfe und -pflege für Menschen mit HIV bauen müssen. Auch der Zugang zu fachärztlicher Betreuung wird für ältere Menschen mit HIV, die alters- oder krankheitsbedingt nicht mehr mobil sind und nicht in Ballungsräumen wohnen, und diejenigen, die in Einrichtungen der Altenhilfe leben, problematisch. Dem entgegenzuwirken wird eine der zukünftigen Aufgaben der Aidshilfen in Kooperation mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie mit Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sein.

Es ist nicht leicht festzustellen, ob ältere Menschen insgesamt gegenüber jüngeren Menschen häufiger oder stärker von Rationierungen betroffen sind, weil Rationierungsprozesse, auch durch die Abwesenheit strukturierter öffentlicher Diskussionsprozesse in Deutschland, häufig implizit und verdeckt verlaufen. Walter und Krugmann kommen zu dem Schluss, dass es eine generelle Diskriminierung aufgrund des Alters in Deutschland nicht gebe; allerdings konstatieren sie eine „sowohl professionelle als auch systembedingte Vernachlässigung beziehungsweise Behinderung unterstützender präventiver, verhaltensbezogener wie auch rehabilitativer Ansätze“ (Walter und Krugmann 2013: 278) durch mangelnde geriatrische und gerontologische Kompetenzen bei behandelnden und (in Bezug auf Rehabilitation) begutachtenden Ärzten sowie durch restriktive Praktiken bei Kostenträgern. Solche Rationierungstendenzen dürften aufgrund geringerer Durchsetzungsressourcen sozial benachteiligte ältere Menschen stärker betreffen.

4.4.2 Ungleichheiten in der Pflege

Über die Auswirkungen sozialer Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung scheint es in Deutschland noch weniger Forschung zu geben als über die Auswirkungen sozialer Ungleichheit in der medizinischen Versorgung. Abgesehen von einem Sammelband mit dem Titel „Ungleichheit und Pflege“ (Bauer und Büscher 2008), in dem auch nur in relativ geringem Umfang empirische Daten präsentiert werden, sind dazu nur einzelne Veröffentlichungen erschienen.

Insgesamt ist festzustellen, dass das System der Altenpflege hinsichtlich struktureller und finanzieller Kapazitäten sowie soziokultureller Kompetenzen weiterentwickelt werden muss, um der wachsenden Vielfalt, aber insbesondere auch Älteren in besonders vulnerablen Lebenslagen, gerecht zu werden.

4.4.2.1 Ungleichheit im Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung

Die folgenden Merkmale des Pflegesystems werden als „ungleichheitsverstärkend“ diskutiert:

- die Struktur der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) als „Teilkaskoversicherung“: „Jede Teilkasko-Versicherung begünstigt den, der noch etwas Geld hat, um den nicht versicherten Bedarf zu decken. Insofern wirken Teilkasko-Versicherungen trivialer Weise sozial ungleich.“ (Behrens 2008: 189);
- die Trennung zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung: Weil das private System von der Solidarität für schwächere (und kränkere) Gruppen befreit ist, ist dort durch ein entsprechend geringeres altersspezifisches Pflegebedürftigkeitsrisiko der Finanzierungsdruck geringer und die Bewilligungsquote höher (Rothgang 2010);
- die steigenden privat zu tragenden Kosten von Pflegebedürftigkeit angesichts einer weiterhin nicht ausreichend abgesicherten Leistungsdynamisierung in der Sozialen Pflegeversicherung (Rothgang 2015);

- Menschen mit niedrigem sozialen Status haben im Vergleich zu Menschen mit höherem sozialen Status eine geringere Chance, in eine ihren Unterstützungsbedarfen entsprechende Pflegestufe eingeordnet zu werden;
- Menschen mit niedrigem sozialen Status haben im Vergleich zu Menschen mit höherem sozialen Status mehr Schwierigkeiten, Pflege und Beruf zu vereinbaren (Keck 2011).

Die wenigen vorliegenden Daten und Analysen geben deutliche Hinweise auf ungleich verteilte Zugangschancen zu Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung im Zusammenhang mit vertikalen und horizontalen Ungleichheitsmerkmalen, obwohl schon das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial ungleich verteilt ist und untere Einkommensschichten überproportional trifft. Eine frühe Studie wenige Jahre nach der Implementierung der Sozialen Pflegeversicherung berichtete eine – gegensätzlich zu den Daten über den Zusammenhang zwischen sozialökonomischem Status und Gesundheit – durchschnittlich höhere Bewilligungsquote von Pflegestufen innerhalb der privaten Pflegeversicherungen im Vergleich zur Sozialen Pflegeversicherung, ebenso eine höhere Bewilligungsquote innerhalb wohlhabenderer Siedlungsgebiete im Vergleich zu gemischten oder ärmeren Wohngebieten (Simon 2004). Okken u. a. (2008) kommen für die Gruppe türkischer Migrantinnen und Migranten zu ähnlichen Ergebnissen: In einer Untersuchung mit Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung aus Westfalen-Lippe wurde festgestellt, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund wesentlich häufiger als „nicht pflegebedürftig“ beziehungsweise in niedrige Pflegestufen eingruppiert wurden als Menschen ohne Migrationshintergrund. Da Menschen mit Migrationshintergrund aber bezogen auf ihren Bevölkerungsanteil seltener überhaupt eine Pflegestufe beantragten, war dies nicht durch ein „übertriebenes“ Antragstellungsverhalten zu erklären. Da Ältere mit Migrationshintergrund häufiger krank beziehungsweise körperlich eingeschränkt sind, kann auch eine möglicherweise bessere Gesundheit diese Ergebnisse nicht erklären. Simon konnte zudem zeigen, dass Anträge von Frauen in allen Altersstufen häufiger ganz abgelehnt wurden und Frauen seltener höhere Pflegestufen erhielten als Männer; auch hier entsprachen die Bewilligungsmuster nicht den bekannten epidemiologischen Befunden (Simon 2004). Lindner (2012) zeigte für Österreich, dessen Begutachtungssystem dem deutschen ähnlich ist, dass in jeder Pflegestufe das Ausmaß der funktionellen Einschränkungen und insofern des Unterstützungsbedarfs für die statusniedrigeren Gruppen höher war als für die höheren Statusgruppen, insofern also statushöhere Gruppen bei vergleichbaren Einschränkungen tendenziell eine größere Chance auf eine höhere Einstufung haben.

Zur Erklärung dieser Befunde gibt es in der Literatur die folgenden Ansätze:

- Der Begutachtungsprozess muss als sozialer Interaktionsprozess verstanden werden, in dem die sozial ungleich verteilte Verhandlungskompetenz und -macht (Simon 2004) beziehungsweise ungleich verteiltes ökonomisches, aber insbesondere auch kulturelles und soziales Kapital (Behrens 2008) zum Tragen kommen. Die Fähigkeiten, die eigenen Interessen im Prozess umzusetzen und die Kenntnis darüber, wie eine solche Durchsetzung funktioniert (einschließlich des Wissens und des Selbstbewusstseins um Widerspruchsmöglichkeiten), sind ungleich verteilt.
- Außerdem tragen Praktiken sozialer Homogamie, also der (möglicherweise unbewussten) Bevorzugung sozialstrukturell gleich oder ähnlich gestellter Personen (vgl. Lindner 2012: 62) zu einer sozial ungleich verteilten pflegerischen Versorgung bei.
- Weiterhin wurde in einer qualitativen Studie zu Pflege und Ungleichheit aus der Sicht professioneller Pflegedienste deutlich, dass vielfach Menschen aus „Armutshaushalten“ auch aus Scham über die eigenen Wohn- und Lebensverhältnisse Anträge auf eine Pflegestufe nicht stellen, obwohl der entsprechende Bedarf gegeben ist (Möller u. a. 2013). Hier wird auf die Gefahr regelrechter Verwahrlosung sozial isolierter und benachteiligter alleinlebender Älterer hingewiesen.
- Auch die Chancen für eine Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit sind sozial ungleich verteilt. Die Wahrscheinlichkeit, dass die eigene Erwerbsarbeit wegen Pflegeaufgaben vermindert oder aufgegeben wird, ist in Familien mit geringem Einkommen höher als in Familien mit höherem Einkommen (Keck 2011). Dies liegt daran, dass die Deckungslücken hinsichtlich des Pflegebedarfs, die während der Arbeitszeit entstehen, nicht aus eigenen Mitteln bestritten werden können. Zudem verweist Keck auf die schlechteren Chancen von Beschäftigten in niedrigen beruflichen Statuspositionen flexible Arbeitszeitregelungen durchzusetzen, weil in unteren Hierarchieebenen Arbeitsabläufe häufig rigider organisiert sind. Solche Beschäftigte haben geringere Durchsetzungschancen als diejenigen mit einem höheren Status; selbst bestehende Rechte werden von ihnen oft nicht in Anspruch genommen (Keck 2011: 4f.).

4.4.2.2 Pflegeversicherung und informelle Pflege

Neben der ungleichen Verteilung von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung zeigen sich auch bei der informellen Pflege ungleiche Verteilungsmuster:

- Ganz allgemein haben Frauen weniger ökonomisches und soziales Kapital als Männer; sie leben häufiger allein und haben deshalb geringere Chancen als Männer, von Familienangehörigen gepflegt zu werden sowie auch gegebenenfalls ihre Pflege professionell abzusichern; insofern haben Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit als Männer, in einem Pflegeheim versorgt zu werden.
- In Familien mit einem niedrigeren sozialen Status wird häufiger selbst gepflegt und werden seltener Pflegesachleistungen, also professionelle Pflegedienste, in Anspruch genommen als in Familien mit höherem sozialen Status (Blinkert und Klie 2006; Blinkert und Klie 2008); für Menschen mit Migrationshintergrund trifft dies in ähnlicher Weise zu (Ulusoy und Gräßel 2010). Blinkert und Klie konnten zeigen, dass sowohl häufiger als auch zeitlich intensiver durch Angehörige gepflegt wird, wenn die Familien einen eher niedrigen sozioökonomischen Status haben, wenn die sozialen Netzwerke stabiler sind, wenn eher „vormoderne Lebensentwürfe“ vorherrschen (wesentlich verbunden mit traditionellen Rollenbildern für Frauen) und wenn der Wohnsitz in ländlichen Gebieten liegt (Blinkert und Klie 2006).
- Der unterschiedliche Umgang mit den Leistungen der Pflegeversicherung entspricht Opportunitätsstrukturen, die das Pflegegeld für Familien mit einem geringeren Einkommen attraktiv erscheinen lassen, während es für wohlhabendere Familien als „Ersatzleistung“ eher uninteressant ist. Familien mit einem höheren Einkommen ist es leichter möglich, zusätzlich zu den Sachleistungen der Pflegeversicherung noch ergänzende Pflegesachleistungen hinzuzukaufen.

4.4.2.3 Hilfe zur Pflege: Probleme oberhalb der Berechtigungsgrenzen

Im Zusammenhang mit dem Teilkasko-Charakter der Sozialen Pflegeversicherung haben ältere Menschen mit Sozialhilfebezug (Grundsicherung) oder vergleichbarem Einkommen ein Anrecht auf die Übernahme der nicht gedeckten Pflegekosten durch die Sozialhilfe (§§ 61ff. SGB XII). Damit werden für sie die Versorgungslücken, die durch das Teilkaskoprinzip entstehen, zumindest teilweise aufgefangen. Allerdings nehmen viele Berechtigte (ähnlich wie bei der Grundsicherung) diese Hilfe nicht in Anspruch, aus Scham und um ihren Kindern vermutete oder tatsächliche Unterhaltsleistungen zu ersparen. Der Elternunterhalt führt damit nicht selten zu Unterversorgung und verschämter Armut.

Weil die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nicht dynamisiert sind und seit ihrer Einführung nur unzureichend angepasst wurden, hat sich zudem die Kluft zwischen den Leistungen und den realen Kosten der Pflege deutlich vergrößert und wird in Zukunft weiter wachsen (Rothgang 2015). Von diesen Finanzierungslücken sind alle Leistungsbezieher betroffen, insbesondere aber diejenigen, die kein Anrecht auf Hilfe zur Pflege haben, weil ihr Einkommen knapp über der relevanten Einkommensgrenze liegt. Für sie ist es in der Regel schwierig, die nicht durch die Soziale Pflegeversicherung gedeckten Kosten selbst zu tragen. Wenn sie darüber hinaus allein leben und über keine oder nur kleine familiäre und nachbarschaftliche Netzwerke verfügen – was überproportional häufig auf ältere Frauen ohne Migrationshintergrund in städtischen Gebieten zutrifft – ist ihre Versorgungslage als besonders prekär einzuschätzen. In solchen Fällen können für die Beteiligten in der Pflegesituation extreme Stresssituationen entstehen (Möller u. a. 2013).

4.4.2.4 Umgang mit Vielfalt: Homosexualität, Alter und Pflege[17]

Mit vertikalen Statusmerkmalen einerseits, Gender und ethnischer Zugehörigkeit andererseits, sind also verschiedene Ungleichheiten bezüglich der Chancen auf bedarfsgerechte Pflege verbunden. Auch für ältere homosexuelle Männer und Frauen ist ein diskriminierungsfreier Zugang zu Pflegeleistungen nicht selbstverständlich. For-

---

[17] Dieser Absatz gibt Teile der im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission verfassten Expertise „Lebenslagen, Partizipation und gesundheitlich-/pflegerische Versorgung älterer Lesben und Schwuler in Deutschland“ (Gerlach und Schupp 2014) wieder. Dabei wechseln sich wörtliche Wiedergaben mit zusammenfassenden Formulierungen ab.

schungsarbeiten von Bochow (2005) und Plötz (2006) beschreiben Ängste und Sorgen älterer Lesben und Schwuler vor möglicher neuer Stigmatisierung und Diskriminierung in ambulanten und in stationären Diensten der Altenhilfe. Homosexuelle Lebensweisen werden bisher in Ausbildungen der (Alten-)Pflege kaum thematisiert (Brill u. a. 2008: 112; Gerlach 2001: 15; Hoffmann 1997: 29f.). In den letzten Jahren wurde in manchen Bundesländern versucht, die Curricula der Pflegeausbildungen entsprechend zu erweitern. In NRW hat die „Fachstelle einer kultursensiblen Pflege für Lesben und Schwule" das Ziel, Module für Fort- , Aus- und Weiterbildungen für die Altenpflege zu entwickeln; in Hessen soll mit Informationsbroschüren für Einrichtungen ein entsprechendes Bewusstsein geschaffen werden (Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit 2009). Aktuell scheinen allerdings nur wenige und vereinzelte Träger und Leitungen von Pflegeheimen in Deutschland den Weg einer konzeptionellen Öffnung ihrer Einrichtung zu beschreiten. Hauptsächlich in Großstädten entstehen derzeit erste spezifische stationäre Angebote für ältere Schwule und Lesben, um dem Bedürfnis nach Gemeinschaft unter Gleichgesinnten zu entsprechen. Vereinzelt werden entsprechende Qualitätssiegel wie das des niederländischen Konsortiums „Roze Loper" oder das Zertifikat des Hamburger „Lesbenvereins Intervention e. V." angewendet.

4.5 Ungleichheit von Teilhabechancen

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit Zusammenhängen und Wechselwirkungen zwischen (1) vertikaler und horizontaler sozialer Ungleichheit, (2) sozialer Teilhabe in ihren unterschiedlichen Facetten (von persönlichen sozialen Netzwerken bis zur Teilhabe an formellen Rollen des bürgerschaftlichen Engagements) beziehungsweise der entsprechenden Zugangschancen und (3) Gesundheit und Lebensqualität als (ungleich verteilte) Ressourcen *für* oder Effekte *von* sozialer Teilhabe der älteren Bevölkerung.

Soziale Teilhabe wie auch Gesundheit und Lebensqualität werden im Folgenden je nach Fragestellung als Ressource oder als Outcome betrachtet. Zudem geht es einerseits um die Bedeutung dieser Zusammenhänge für Einzelne beziehungsweise Gruppen. Dabei wird soziale Teilhabe von ihrer Bedeutung her für die Handelnden, „als sinnvolle Handlungsperspektive für ältere Menschen" (Backes und Höltge 2008: 278) beschrieben. Andererseits geht es um die Auswirkungen von sozialer Teilhabe auf das Gemeinwohl, um ihre Bedeutung für das Funktionieren und die Qualität der Gemeinwesen (auf lokaler, regionaler oder gesamtgesellschaftlicher Ebene). Beide Perspektiven haben im Rahmen dieses Berichts hohe Relevanz.

4.5.1 Bedeutungen von sozialer Teilhabe

Im Konzept der Verwirklichungschancen (vgl. Abschnitt 4.1.2 in diesem Bericht) ist selbstbestimmte und gestaltende soziale Teilhabe ein Bestandteil der Grundbefähigungen, wie sie als „zentrale menschliche Funktionsfähigkeiten" von Nussbaum identifiziert und definiert wurden (Nussbaum 2003: 12 ff.) und damit grundlegende Voraussetzung für ein menschliches Dasein.

Als zentrale Orientierung kann außerdem die Konzeptualisierung von Teilhabe in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) dienen. Als „participation or involvement of people in all areas of life, and the participation restrictions they experience (functioning of a person as a member of society)" bilden Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) eine von vier Kerndimensionen dieses Konzepts (WHO und DIMDI 2005). Dieser Dimension sind neun Bereiche zugeordnet: Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben. Die ICF folgt einem Grundverständnis, nach dem „Behinderung" in Wechselwirkung zwischen individuellen Einschränkungen von Funktionsfähigkeit und relevanten gesellschaftlich gestalteten Kontextfaktoren steht.

Der Begriff der sozialen Teilhabe wird allerdings je nach Handlungsfeld mit unterschiedlichen Bedeutungen gebraucht: Das Spektrum der Bedeutungen reicht vom schlichten Dabeisein, mit Anderen sein, mittun, mithelfen, bis hin zum Mitgestalten und Mitentscheiden (was mit Selbstbestimmung und Partizipation verbunden ist). Soziale Teilhabe wird in unterschiedlichen Kontexten und für unterschiedliche Gruppen zum Thema gemacht, besonders dann, wenn sie bedroht erscheint. Sie wird je nach Kontext und vermutetem oder festgestelltem Defizit unterschiedlich (weit) gefasst, wie die folgenden Beispiele zeigen:

- Im Hinblick auf Menschen mit Migrationshintergrund wird soziale Teilhabe mit dem Fokus „einer gleichberechtigten Einbeziehung von Individuen und Organisationen in gesellschaftliche Entscheidungs- und Willensbildungsprozesse“ eingeführt (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2013).
- Als „Dazugehören, beteiligt sein, mitarbeiten, gefragt werden, Anteil nehmen, mit von der Partie sein“ umschreibt die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR 2012) die Dimensionen von Teilhabe für Menschen in Rehabilitationsprozessen.
- Spezifisch für ältere Menschen haben Levasseur u. a. (2010) die in der englischsprachigen gerontologischen Literatur verwendeten Dimensionen sozialer Teilhabe („social participation“) erhoben und in eine Stufenordnung zunehmender Komplexität, Intensität und Reichweite gebracht:
  - 1. Stufe: Aktivitäten zur Vorbereitung auf Beziehungsaufnahme (Informationsbeschaffung) (alleine);
  - 2. Stufe: unter Menschen sein (alleine, z. B. in der Öffentlichkeit);
  - 3. Stufe: sozialer Kontakt, Interaktion ohne bestimmtes Ziel;
  - 4. Stufe: mit anderen etwas tun, kooperieren auf ein bestimmtes Ziel hin;
  - 5. Stufe: anderen helfen;
  - 6. Stufe: einen Beitrag für die Gesellschaft/Gemeinschaft leisten.

Allenspach (2013) fügt – mit einem Fokus auf „fragile und pflegedürftige alte Menschen“ – zwischen der fünften und sechsten Stufe von Levasseur u. a. eine zusätzliche Dimension ein: „Sich von anderen helfen lassen“. Diese Dimension ist in der Stufenfolge weit oben angesiedelt, weil „sich von anderen helfen lassen“ „ein hohes Maß an Involvierung mit anderen Personen und Aktivität bedeutet und für Personen der Zielgruppe eine wichtige Form gesellschaftlicher Teilhabe darstellen kann.“ (Allenspach 2013: 2). Das Konzept von Levasseur u. a. ist allerdings ein geradezu typisches Beispiel für eine vergleichsweise eingeschränkte Perspektive auf die soziale Teilhabe älterer Menschen – mit einem Fokus auf ein eher passives „Dabei sein“ und „Teilnehmen“. Mitgestaltung und Mitentscheidung durch ältere Menschen werden dabei nicht explizit thematisiert, was einem emanzipatorischen Alternsbild nicht entspricht.

Als Voraussetzung für und als Bestandteil von sozialer Teilhabe sind soziale Netzwerke und soziale Unterstützung (als individuumsbezogene Konzepte) sowie Konzepte des Sozialkapitals (sowohl als individuelle wie auch als kollektive Ressource konzipiert) anzusehen. Teilhabe in Bezug auf die Ausübung von Politik, Kunst und Religion hängt wesentlich davon ab, welche Chancen Einzelne und Gruppen im Laufe ihres Lebens hatten, sich Kultur im weitesten Sinne anzueignen, und ob es insofern zu ihren Befähigungen gehört, entsprechende Angebote zu nutzen oder Initiativen zu ergreifen. Im engeren Sinne bleibt für verschiedene Gruppen benachteiligter Älterer zu fragen, ob es jeweils passende soziokulturelle Angebote im jeweiligen Wohnumfeld gibt – und ob diese für benachteiligte wie für pflegebedürftige Ältere barrierefrei, niedrigschwellig und erschwinglich zugänglich sind (vgl. Kümpers 2008: 203).

Im Folgenden werden nun unterschiedliche Formen sozialer Teilhabe – vom Dabei- und Miteinandersein (im Sinne von „nicht sozial isoliert sein“) über informelle Formen des Engagements bis hin zum formellen Engagement und seinen Chancen auf gesellschaftliche Mitgestaltung – und ihre sozial ungleiche Verteilung erörtert.

4.5.2 Soziale Teilhabe, soziale Exklusion und Gesundheit älterer Menschen

Soziale Ausgrenzung oder Exklusion werden umfassend mit fünf grundlegenden Dimensionen beschrieben; soziale Isolation (im engeren Sinne) entspricht dabei sozialer Ausgrenzung.

- „ökonomische Ausgrenzung, zum Beispiel ein unzureichender Lebensstandard;
- institutionelle Ausgrenzung, zum Beispiel mangelnder Zugang zu öffentlichen Einrichtungen und Leistungen;
- kulturelle Ausgrenzung, zum Beispiel stereotype Erwartungen gegenüber bestimmten gesellschaftlichen Gruppen;
- soziale Ausgrenzung im engeren Sinn, zum Beispiel unzureichende soziale Integration und Partizipation;
- räumliche Ausgrenzung, zum Beispiel getrennte Wohngebiete.“ (Theobald 2006: 102).

Selbstbestimmte soziale Teilhabe wirkt sich gesundheitsförderlich aus. Wenn soziale Teilhabe nicht gewährleistet ist, also soziale Exklusion oder soziale Isolation vorherrschen, hat dies negative Effekte auf die Gesundheit. In vielen Studien wurde dieser Zusammenhang gut belegt: Holt-Luntstad u. a. (2010) beschreiben einen Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und einer höheren Mortalität in allen Lebensaltern. Dickens u. a. (2011) zitieren Studien, die von schlechter subjektiver Gesundheit und erhöhtem Risiko demenzieller Erkrankung bei isolierten Älteren berichten. Findlay (2003) berichtet von einem erhöhten Risiko für Depression und Suizid. In einer qualitativen australischen Studie wird beschrieben, wie sich bei älteren Menschen im Zusammenhang mit abnehmender Gesundheit und wachsender sozialer Isolation in einem Negativkreislauf mehrere Dimensionen von Vulnerabilität gegenseitig verstärken (Greaves und Rogers-Clark 2009).

Kroll und Lampert konnten zeigen, dass soziales Kapital, im sozio-oekonomischen Panel (SOEP) gemessen als Integration, Partizipation, Vertrauen und Reziprozitätsnormen, „eine wichtige vermittelnde Ressource zwischen dem sozioökonomischen Status und der individuellen Gesundheit“ ist (Kroll und Lampert 2007: 126). Danach ist soziales Kapital ebenfalls sozial ungleich verteilt; ein höheres soziales Kapital ist beim gleichen sozioökonomischen Status mit einer besseren subjektiven Gesundheit assoziiert. Die Bedeutung sozialen Kapitals für die Gesundheit insbesondere in höherem Alter wurde auch in internationalen Studien bestätigt (Elgar u. a. 2011). Menschen aus niedrigeren Statusgruppen verfügen durchschnittlich über kleinere soziale Netzwerke und geringere soziale Unterstützung (Weyers u. a. 2008); ein Mangel an sozialen Netzwerken trägt zudem insbesondere in niedrigen Statusgruppen zu gesundheitlichen Nachteilen bei (Vonneilich u. a. 2012).

Scharf u. a. (2005a) konnten verdeutlichen, dass das Risiko sozialer Isolation gerade bei ökonomisch benachteiligten Älteren, also angesichts von Armut, steigt. Gleichfalls ist bekannt, dass das Risiko für soziale Isolation mit zunehmendem Alter steigt (Dickens u. a. 2011; Petrich 2011) und dies nochmal mehr mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Es ist also davon auszugehen, dass sich Armut, soziale Isolation und Gesundheitseinschränkungen gegenseitig verstärken. Dabei sind insbesondere (auch wiederum einem sozialen Gradienten folgende) funktionelle Gesundheitseinschränkungen durch ihre einschränkenden Folgen für selbstbestimmte Mobilität – die wiederum nicht finanziell kompensiert werden können – besonders relevant für das Risiko von Exklusion und Isolation.

4.5.3 Exklusion, Wohnungslosigkeit und Alter

Selbstbestimmte und gestaltende soziale Teilhabe gehören zu den Grundbefähigungen, die auch im Alter grundlegende Voraussetzungen für ein Leben in Würde darstellen. Vor diesem Hintergrund sind ältere Wohnungslose eine weitgehend ausgegrenzte soziale Gruppe Älterer, die überdies bisher kaum in ihren Unterstützungsbedarfen beachtet wurde. Als wohnungslos werden Menschen bezeichnet, die nicht über einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügen (vgl. BAG W, Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe 2010: 2). Demnach sind nicht nur Personen, die im öffentlichen Raum oder in Notunterkünften übernachten, wohnungslos, sondern auch Menschen, die in institutionellen Wohnformen ohne eigenständiges Mietrecht leben.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe schätzt die Anzahl wohnungsloser Menschen in Deutschland auf 284.000 für das Jahr 2012 und prognostizierte bis zum Jahr 2016 als Folge des demografischen Wandels und einer steigenden Altersarmut einen Anstieg der Zahl um 33 Prozent auf 380.000 (vgl. BAG W 2014; Brem 2014: 102). Zudem kommen „immer häufiger Menschen aus sogenannten ‚normalen‘ Wohnverhältnissen ins Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe“ (Diakonisches Werk Bayern 2004: 17). „Auch die Zahl der Menschen, die ohne jede Unterkunft auf der Straße leben, stieg von circa 22.000 in 2010 auf circa 24.000 in 2012“ (BAG W 2014).

30 Prozent aller Wohnungslosen in Deutschland gehören zu den Älteren; auch die Größe dieser Gruppe wächst: „Aufgrund der niedrigen Lebenserwartung und gehäufter Voralterungsprozesse“ (Brem 2014: 101) gelten Wohnungslose bereits ab dem 50. Lebensjahr als alt. Ihre Lebenssituation ist von Armut geprägt: die überwältigende Mehrheit lebt unterhalb der Armutsgrenze und ist von Sozialleistungen abhängig (Brem 2014: 103). Neben diesen hohen „objektiven“ Beeinträchtigungen stellen die Autoren der Studie „Alt und wohnungslos in Deutschland“ (Brem und Seeberger 2009) fest, dass die Mehrheit unter lebenslangen, kumulativen Beeinträchtigungen leidet. Zudem gilt für neun von zehn älteren Wohnungslosen dieser Studie, dass ihre Lebenslage bereits im Kindes- und Jugendalter von benachteiligenden Lebenslagen geprägt war. Etwa 90 Prozent der älteren Wohnungslosen sind Männer (vgl. Brem 2010: 3). Lediglich 17 Prozent der erfassten wohnungslosen Frauen sind älter als 50 Jahre.

Die Lebenserwartung Wohnungsloser beträgt 50 bis 65 Jahre, abhängig davon, ob die älteren Menschen auf der Straße, in prekären Unterkunftssituationen leben oder stationär untergebracht sind (vgl. Brem 2011: 103; Brem und Seeberger 2009). In einer international vergleichenden Untersuchung wird „eine Zunahme des durchschnittlichen Alters der Gesamtgruppe der wohnungslosen Menschen in den USA, vereinzelt in Kanada, Brasilien, Japan und der Bundesrepublik Deutschland nachgewiesen“ (vgl. ausführlich Brem 2011: 250). Die sozialstaatliche Versorgung dieser Gruppe älterer Menschen wird deshalb zunehmend wichtiger.

Die Studie von Brem und Seeberger (2009) kommt zu dem Ergebnis, dass sichere und betreute Wohnformen (z. B. betreute Wohnmaßnahmen nach §§ 67ff. SGB XII, betreutes Einzel- und Gruppenwohnen, Übergangswohnheime und -häuser) mit steigendem Lebensalter bei den Wohnungslosen zunehmen. Zudem wachse die Dauer der Wohnungslosigkeit mit dem Lebensalter an: „Dabei sind jeweils 50 Prozent aus den Gruppen der Heimbewohner und auf der Straße Lebenden 5 Jahre oder länger wohnungslos“ (Brem 2014: 103).

Die Lebensbedingungen wohnungsloser älterer Menschen beeinträchtigen ihren Gesundheitszustand maßgeblich. Die erste Lebenslagenstudie über ältere, mindestens 50-jährige wohnungslose Menschen in Deutschland wurde 2010 in Bayern mit wohnungslosen älteren Männern in ambulant und stationär betreuten Wohnformen durchgeführt (vgl. Brem 2014: 104; Brem und Seeberger 2010). Im Durchschnitt wurden bei jedem der wohnungslosen Älteren 3,7 Krankheiten festgestellt, eine Größenordnung, die einen erheblichen Versorgungsbedarf impliziert. Zudem ist jeder dritte der älteren wohnungslosen Männer schwerbehindert. Neben zahlreichen körperlichen Erkrankungen werden häufig schwere psychiatrische Erkrankungen festgestellt.

Die beeinträchtigenden Lebensbedingungen gehen einher mit Vermittlungsschwierigkeiten in den Wohnungs- und Arbeitsmarkt; auch die Vermittlung von Hilfen aus dem Gesundheits- und Altenhilfebereich ist für diese Personengruppe schwierig (vgl. Brem 2014: 101; Gillich 2003: 103f.). Die BAG Wohnungslosenhilfe e. V. gibt an, dass seit den 1990er Jahren niedrigschwellige Ambulanzen im Kontext der Wohnungslosenhilfe, der Sozialverbände, aber auch von einigen Kirchengemeinden und Kommunen sowie Initiativen entstanden sind, die zumindest eine medizinische und pflegerische Kontaktaufnahme und Erstversorgung für wohnungslose Ältere anbieten (BAG W 2013: 3). Die Evaluation eines Projektes zur medizinischen Versorgung für Wohnungslose in Hannover konnte zeigen, dass das Ziel, eine Anlaufstelle für wohnungslose Menschen zu schaffen, erreicht wurde: Die ermittelte „Steigerung der Behandlungsfälle um 90 Prozent“ pro Jahr verweist darauf, dass diese Form niedrigschwelliger medizinischer Versorgung angenommen wurde (vgl. Meidl u. a. 2012: 637). Allerdings kommt die Erhebung des MediMobil in Stuttgart aus dem Jahr 2011 zu dem Ergebnis, dass ein Großteil der dort versorgten wohnungslosen Patientinnen und Patienten sehr wohl Zugang zur Regelversorgung habe, die erforderlichen Zuzahlungen jedoch nicht erbringen könne und auch deshalb die niedrigschwellige Ambulanz vorziehe (vgl. ebd.).

Brem (2010) weist darauf hin, dass die existierenden Versorgungsangebote den teilweise aufwendigen Pflege- und Betreuungsbedarf bei den wohnungslosen älteren Männern und Frauen nicht dauerhaft abdecken können; jedoch erweise sich die Weitervermittlung in passende stationäre Einrichtungen vielfach als schwierig. Schwierigkeiten in der Koordination rühren auch daher, dass ältere wohnungslose Menschen sozialpolitisch sowohl als Wohnungslose, als Arme und auch als Ältere adressiert werden. Das Hilfesystem der Altenhilfe erscheint gegenwärtig allerdings „auf einen reibungslosen Ablauf der einzelnen pflegerischen Hilfeprozesse“ (Diakonisches Werk Bayern 2004: 35) ausgelegt zu sein und reagiere daher „schnell mit Ausgrenzung auf unangepasstes Verhalten“ (ebd.) der Wohnungslosen. Probleme werden auch darin gesehen, dass die älteren Wohnungslosen immer noch 15 bis 20 Jahre jünger sind als die Klientel der Alten- und Pflegeeinrichtungen; sie sind unangepasster und haben „eine starke Aversion gegen den klassischen Pflegebetrieb“ (Diakonie-Hilfswerk Hamburg 2008: 5); ihre Hilfebedarfe unterscheiden sich so von denen anderer älterer Pflegebedürftiger (ebd.). Gleichzeitig ist das Gesundheits- und Pflegesystem nicht auf die Lebenssituation der wohnungslosen Älteren ausgerichtet, das heißt ein Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung ist ihnen schon aufgrund der fehlenden Häuslichkeit verwehrt. Obdachlose Ältere, die auf der Straße leben, erhalten aufgrund der fehlenden räumlichen Voraussetzungen keine Hilfe durch Pflegedienste (Diakonie-Hilfswerk Hamburg 2008: 7). Auch nach Krankenhausaufenthalten werden ältere Wohnungslose in einen Alltag ohne Häuslichkeit entlassen, der die Gewährung der Pflegeleistung wiederum ausschließt und den Grundsatz „ambulant vor stationär“ für diese Teilgruppe älterer Menschen zum ausgrenzungsverstärkenden Prinzip werden lässt.

Entsprechend stellen sich Fragen, ob und wie wohnungslose Ältere mit ihren „besonderen Schwierigkeiten in klassische Pflege- und Alteneinrichtungen integriert werden können, oder ob es hier besonderer Unterstützung im Rahmen der Wohnungslosenhilfe bedarf, die in den Kommunen unterschiedlich angebunden und ausgestattet ist. Die BAG Wohnungslosenhilfe empfiehlt eine „normalitätsorientierte gemeindenahe Versorgung älterer und/oder

pflegebedürftiger wohnungsloser Frauen und Männer. Diese gemeindenahe Versorgung ist als fallbezogene Beratung und Hilfe angelegt, die „eine auf die besondere Lebenslage der Betroffenen abgestimmte Koordination und Zusammenführung der einzelnen Hilfebereiche organisiert“ (BAG W 2013: 5) und Pflege, sozialpädagogische Unterstützung und medizinische Versorgung verknüpft.

Obwohl für 85 Prozent der wohnungslosen älteren Männer der Studie „Alt und wohnungslos in Bayern“ festgestellt werden konnte, dass sie mit ihrer „Wohn“situation eher oder ganz zufrieden waren (vgl. Brem 2014: 107), wünschen sich die meisten wohnungslosen älteren Menschen eine eigene Wohnung, in der sie versorgt werden können. „Nur eine Minderheit von nicht einmal 20 Prozent bei den über 60-Jährigen und knapp 12 Prozent bei den 50- bis 60-Jährigen wünscht sich ein Leben in einem stationären Umfeld“ (BAG W 2013: 2). Um dies realisieren zu können, müssen mit den spezifischen Kompetenzen der Wohnungslosenhilfe und orientiert an den Unterstützungsformen der offenen Altenarbeit lokale Hilfen in Form von Besucherdiensten, Tagesstätten für ältere Wohnungslose, Altenwohngemeinschaften, betreutem Wohnen, Tagespflege oder Krankenwohnungen organisiert werden.

4.5.4 Soziale Teilhabe, Ungleichheit und Pflegebedürftigkeit

Die Wünsche älterer Pflegebedürftiger richten sich häufig auf soziale Teilhabe, also darauf, sich im öffentlichen Raum zu bewegen, soziale Kontakte zu haben, kulturelle Angebote wahrnehmen zu können – und insofern über die Gestaltung des eigenen Lebens zu verfügen (Falk 2012; Heusinger 2012). Im Unterschied zu derjenigen Konzeption von Pflege, die derzeit in Deutschland in der Sozialen Pflegeversicherung institutionalisiert ist, ist dies in einem ganzheitlichen Verständnis von Pflege selbstverständlich enthalten, wie das folgende Beispiel zeigt:

> „Pflegen ist eine helfende und unterstützende Tat, die primär darin besteht, dem Pflegebedürftigen bei seinen alltäglichen Aufgaben, die ein Erwachsener innerhalb seiner Kulturgesellschaft normalerweise selbstständig und unabhängig und in einer kompetenten Weise erfüllen kann, beizustehen. Vermindert eine Krankheit die Kraft oder den Willen des Menschen, seine individuellen physischen, emotionalen, intellektuellen, spirituellen und sozialen Bedürfnisse zu befriedigen, oder hat er nicht das notwendige Wissen dazu, ist es die Aufgabe der Pflege, ihm in entsprechender Weise beizustehen, z. B. ihm zu helfen beim […] *sich Verständigen und andere Menschen verstehen, der Aufrechterhaltung seiner menschlichen Beziehungen oder deren Wiederherstellung, dem Erhalten von Eindrücken um aktiv zu bleiben, arbeiten zu können, sich zu entspannen und zu erholen, auch bei der Ausübung seiner religiösen Neigungen, beim Lernen und Entdecken, bei der Wahrung seiner sozialen Rolle und seiner Verpflichtung gegenüber seiner Familie, Freunden und der Gemeinschaft.“* (Schröck 1998: 84f., Hervorhebungen zugefügt).

Ein solches Verständnis von Pflege beschreibt soziale Teilhabe als integralen Bestandteil des Lebens pflegebedürftiger älterer Menschen, anstatt den Verlust sozialer Teilhabe als bedauerlich, aber unvermeidlich angesichts von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit hinzunehmen.

Pflegebedürftige Menschen sind auf eine ihren Wünschen und Bedarfen angepasste Unterstützung angewiesen, wenn sie ihren Anspruch auf eine selbstbestimmte Alltagsgestaltung und soziale Teilhabe verwirklichen wollen. Insofern ist schon die Frage der individuellen sozialen Teilhabe häufig der Entscheidung(s-Teilhabe) der Einzelnen entzogen – von der Entscheidungsteilhabe an kollektiven Entscheidungen ganz zu schweigen. Selbstbestimmte soziale Teilhabe ist besonders für diejenigen stark eingeschränkt, die zusätzlich zu der (festgelegten und begrenzten) Unterstützung, die die Pflegeversicherung ihnen bietet, keine weiteren Dienstleistungen oder Hilfsmittel bezahlen können (Möller u. a. 2013). Dies trifft insbesondere solche Personen, die nicht über leistungsfähige soziale Netzwerke verfügen und die mit ihren Einkünften knapp über der Grenze liegen, bis zu der der durch die Pflegeversicherung nicht gedeckte Pflegebedarf durch die Hilfe zur Pflege nach SGB XII zumindest teilweise ausgeglichen wird. Ob nun die Pflege durch Pflegefachkräfte oder durch Angehörige geleistet wird: Vor dem Hintergrund empfundener Einseitigkeit und empfundener und/oder realer Abhängigkeit ist es für diejenigen, die Unterstützung benötigen und nicht zusätzlich zahlen können, nicht einfach, ihre Bedürfnisse und Interessen nach sozialer Teilhabe anzumelden, zu verhandeln und durchzusetzen. Dies kann ihre Teilhabe an Entscheidungen darüber, wie ihr Alltag durch die Hilfeleistungen strukturiert und geprägt wird, weiter erheblich einschränken (Heusinger und Klünder 2005).

Finanzielle Ressourcen erleichtern es außerdem, Mobilitätseinschränkungen auszugleichen, behindertengerechte Wohnungen zu beziehen beziehungsweise die eigene Wohnung behindertengerecht umzugestalten und in einer sicheren und barrierearmen Umgebung zu leben. All dies trägt dazu bei, soziale Teilhabe auch bei Pflegebedürftigkeit selbstbestimmt aufrechtzuerhalten. Wenn hingegen in mehrstöckigen Wohnhäusern Aufzüge fehlen, wenn Barrieren die Nutzung des öffentlichen Raums und des Nahverkehrs erschweren und wenn Mobilitätshilfen kaum zugänglich sind, werden die Entscheidungsspielräume von Pflegebedürftigen über das Wann und Wo ihres Aufenthalts und damit über den Zugang zu den meisten Formen sozialer Teilhabe eingeschränkt – zumindest für diejenigen, die diese Hindernisse nicht allein oder nicht mit finanziellen Mitteln (für den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung, Taxifahrten, persönliche Hilfen) überwinden können (vgl. Kümpers 2012a: 199 ff.). Auf dem Land entstehen Einschränkungen der sozialen Teilhabe eher durch die zum Teil großen und für manche Menschen schwer zu überwindenden Entfernungen in der Fläche. Auch Einschränkungen bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die Sehhilfen und Hörgeräte nur in sehr eingeschränktem Umfang bezahlt, können die Teilhabechancen ärmerer pflegebedürftiger Älterer beschneiden – unter Umständen haben benachteiligte Ältere kaum Zugang zu entsprechend bedarfsgerechten Hilfsmitteln. Das behindert zusätzlich ihre (Entscheidung zur) Teilhabe in vielen Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens.

Auf diese Weise werden viele pflegebedürftige Ältere, „deren finanzielle und soziale Ressourcen schlecht sind, […] gesellschaftlich in eine Außenseiterrolle gedrängt, in der soziale Kontakte kaum noch vorhanden sind, da zum einen die Mittel fehlen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen oder zum anderen die Scham für die schlechte Lebenssituation überwiegt." (Möller u. a. 2013: 314). Das Risiko für Alterseinsamkeit, insbesondere bei alleinwohnenden mobilitätsbeeinträchtigten Personen, die nur noch mit großem Aufwand oder gar nicht mehr ihre Wohnung allein verlassen können, steigt in Verbindung mit Armut. Wie bereits ausgeführt (vgl. Abschnitt 4.5.2 in diesem Bericht), ziehen Einsamkeit und Isolation wiederum zusätzliche Risiken für Gesundheit und Lebensqualität nach sich. Insgesamt wird hier deutlich, wie verschiedene Risiken sozialer Exklusion kumulieren können.

Nach der Einführung der Pflegeversicherung ist in Deutschland die Frage sozialer Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit zunächst kaum thematisiert worden. Das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) stellt „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft" (§ 1 SGB IX) als oberstes Ziel in den Vordergrund, schränkt seine Gültigkeit aber im Hinblick auf ältere Menschen ein, indem es nur solche Einschränkungen einschließt, die „von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen" (§ 2 SGB IX). Im SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) wird Teilhabe nicht direkt angesprochen. In den Allgemeinen Vorschriften zu Beginn des SGB XI ist von Selbstbestimmung die Rede (§ 2 SGB XI). In der Durchführung wird allerdings die Selbstbestimmung pflegebedürftiger Älterer häufig missachtet, schon weil die verrichtungs- und zeitbezogenen Durchführungsbestimmungen als Operationalisierung des bisher gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Orientierung an den Bedürfnissen älterer Menschen kaum zulassen. Damit werden gleichzeitig relevante Chancen für präventive und rehabilitative Weichenstellungen vergeben (Klie 2010). Auf eine faktische Unterversorgung und Ungleichbehandlung Älterer im Hinblick auf Maßnahmen der Rehabilitation und damit der Wiederherstellung von Teilhabechancen durch eine „fehlende Verschränkung von SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)", wurde bereits im Sechsten Altenbericht hingewiesen (Deutscher Bundestag 2010: 175).

Zur Frage der sozialen Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit findet in den letzten Jahren eine rege fachpolitische und konzeptionelle Auseinandersetzung statt. Die Art der Durchführung der Pflegeversicherung, der Wandel im Zusammenleben von Familien und der familiären Rollen, die Abnahme der familiären Pflegekapazitäten und veränderte Altersbilder haben zu einer Kluft geführt zwischen den erkennbaren Problemlagen in alltäglichen Pflegesituationen und dem, was als notwendig und wünschenswert erachtet wird. Diese Kluft wird seit einiger Zeit sowohl von Pflegenden wie von Gepflegten, von weiteren professionellen wie gesellschaftlich engagierten Kräften und von der interessierten Öffentlichkeit stärker wahrgenommen als früher, die „Pflegeverhältnisse" werden damit immer mehr als dringend änderungsbedürftig (an)erkannt.

Im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung um ein ganzheitliches versus ein restriktives Verständnis von Pflege entwickelte sich zunächst die Debatte um den Pflegebedürftigkeitsbegriff: Nach Jahren der Verzögerung schickt die Politik einen „neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff", der das Verständnis von Pflege vom Verrichtungskonzept zu einer umfassenderen Konzeption von Einschränkung und Unterstützung verändern soll, zumindest in eine Erprobungsphase (Bundesregierung 2014).

In einem weiteren Schritt wird in relevanten gesellschaftlichen Organisationen (bspw. Bertelsmann-Stiftung, Bosch-Stiftung, Friedrich-Ebert-Stiftung, Kuratorium Deutsche Altershilfe) zusammen mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern intensiv über grundsätzliche Umstrukturierungen des Pflegesystems nachgedacht – unter Einbezug des Teilhabebegriffs, wie er im Zusammenhang mit der ICF entwickelt wurde. Dies wird in Stellungnahmen wie dem Positionspapier des Kuratoriums Deutsche Altershilfe und der Friedrich-Ebert-Stiftung „Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter“ (Friedrich-Ebert-Stiftung 2013) oder dem von der Bosch-Stiftung geförderten Konzept „Strukturreform Pflege und Teilhabe“ (Hoberg u. a. 2013) deutlich. In diesen Ansätzen wird übereinstimmend gefordert, die Pflege in ein ganzheitliches Unterstützungshandeln einzubetten, das Teilhabebedarfe der zu Pflegenden mit einbezieht und dafür in Ergänzung zur professionellen Pflege zivilgesellschaftliche Unterstützungen mobilisieren soll. Dafür werden sozialräumliche Orientierungen angemahnt, die – nach „der „Entpflichtung und Selbstentpflichtung der Kommunen“ nach Einführung der Pflegeversicherung“ (Friedrich-Ebert-Stiftung 2013: 11) nur realisiert werden könnten, wenn die Kommunen im Bereich der Pflege mehr Steuerungs- und Gestaltungskompetenz bekommen würden (Hoberg u. a. 2013; Mohn u. a. 2014). Eine Umsetzung solcher Überlegungen würde bedeuten, den unterschiedlichen Umgang mit Funktionseinschränkungen im SGB IX und im SGB XI tendenziell aufzugeben. Zudem könnten unter anderem durch Ansätze wie dem Quartiersmanagement Möglichkeiten der Bürgerbeteiligung gestärkt und eine Pflege mit sozialräumlichem Bezug ermöglicht werden. In diesem Zusammenhang könnten insbesondere auch sozial benachteiligte Gruppen mehr als bisher im Aufbau und Erhalt ihrer Unterstützungsnetzwerke gefördert werden. Individuelle Lösungen könnten lebensweltbezogen und personenorientiert erarbeitet werden. Im Quartiersbezug ambulanter wie stationärer Pflege kann zumindest eine Voraussetzung für die Unterstützung sozialer Teilhabe, wenn auch nicht ihre Garantie gesehen werden. Voraussetzung ist allerdings, dass die Aufgabenverteilung zwischen (1) professioneller und formeller Unterstützung, (2) informeller zivilgesellschaftlicher, nachbarschaftlicher und familiärer Sorge und (3) ihrer Kooperation und Koordination gewährleistet ist. Eine Überforderung informeller Unterstützungsnetzwerke muss dabei vermieden werden (vgl. auch die Ausführungen in Kapitel 7 in diesem Bericht).

4.5.5 Teilhabe als soziale Produktivität: Engagement in der alternden Gesellschaft

Eingangs in diesem Kapitel sowie an anderen Stellen in diesem Bericht wurde bereits auf den gesellschaftlichen Aktivierungsdiskurs in Hinblick auf die ältere Generation eingegangen. Im Folgenden werden Fragen der gesellschaftlichen und individuellen Voraussetzungen für Engagement und des Zugangs zu Engagement im Hinblick auf soziale Ungleichheit beleuchtet.

Es gibt sehr unterschiedliche Formen des Engagements, die sich entlang verschiedener Dimensionen voneinander unterscheiden (Evers und Klie 2015): Es gibt Engagement

- zwischen wechselseitiger praktischer Hilfe und Solidarität einerseits („Freiwilligenarbeit“) und politischer Partizipation („Dialog und Mitsprache“) andererseits;
- zwischen Tradition und Gemeinsinn, beispielsweise Engagement im Sport oder der Freiwilligen Feuerwehr („Konsens und Bewahrung“) einerseits und Engagement für Veränderungen beziehungsweise als Protest („Konflikt und Wandel“) andererseits;
- zwischen informellen und selbstorganisierten Formen der gegenseitigen Unterstützung beispielsweise als Nachbarschaftshilfe („informell selbstorganisiert“) einerseits und als Mitarbeit in kleineren oder größeren Organisationen wie beispielsweise Kirchen und Gewerkschaften („institutionengebunden“) andererseits;
- sowie zwischen auf die eigene (Gruppen-)Situation oder das eigene Interesse gerichtete Engagement („bonding“) einerseits und dem auf andere Gruppe gerichtete und stärker inklusive Engagement wie beispielsweise Flüchtlingshilfe, Nachhilfe für Kinder aus Migrantenfamilien („bridging“) andererseits.

Für die Frage der sozialen Ungleichheit können entlang der daraus entstehenden Typisierungen die jeweils notwendigen Ressourcen und die unterschiedlichen Zugangschancen analysiert werden. Nationale und internationale wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass in allen europäischen Ländern der Zugang zum Engagement sozial ungleich verteilt ist. Partizipationschancen älterer Menschen werden insbesondere durch ihren Bildungsstatus – durch ihr kulturelles Kapital – beeinflusst. Bukov (2000) beispielsweise hat im Zusammenhang mit der Berliner Altersstudie (BASE) eine Hierarchie sozialer Beteiligungsformen Älterer entwickelt, die zwischen „kollektiven Aktivitäten“ (Freizeitbeschäftigungen), „produktiven Aktivitäten“ (Tätigkeiten, durch die Leistungen für andere, in der Familie oder in der Öffentlichkeit erbracht werden) und „politischen Aktivitäten“ (mit denen Einfluss auf soziale Sachverhalte genommen werden) unterscheidet und im Sinne der oben genannten Dimensionen

bei „Dialog und Mitsprache" und „institutionengebunden" zu verorten ist. Dabei sind für zunehmend komplexere Aktivitäten größere Kompetenzen erforderlich – gleichzeitig tragen komplexere Aktivitäten auch stärker zu Lebensqualität, Selbstbewusstsein und plausibel auch zur besseren Gesundheit bei (Bukov u. a. 2002). Die Befunde zeigen einen deutlichen Gradienten zwischen der Bildung und dem beruflichen Status einerseits und der gesellschaftlichen Partizipation im (jungen) Alter andererseits (Kohli u. a. 2000; TNS Infratest Sozialforschung 2005; Gensicke und Geiss 2010a). Mit zunehmendem Alter werden Gesundheitsindikatoren für Partizipation relevanter, die aber ihrerseits einen sozioökonomischen Gradienten aufweisen (vgl. Abschnitt 4.3.1 in diesem Bericht). Diese Befunde wurden auch international bestätigt: Hank u. a. (2006) fanden bei der Erfassung des Engagements in zehn europäischen Ländern – bei signifikanten Unterschieden der Beteiligungsniveaus zwischen den Ländern – eine deutliche und länderübergreifende Abhängigkeit vom Bildungsniveau (vgl. auch Hank und Erlinghagen 2009). Pankoke (2002) diagnostizierte für Deutschland eine Spaltung zwischen „hochaktiven Eliten" und „sozial und politisch verdrossenen kleinen Leuten", die sich in dem Maße vertiefe, in dem früher bindungsmächtige Organisationen wie Gewerkschaften, Kirchen, Volksparteien und Vereine ihre Anziehungskraft verloren haben. Pankoke empfiehlt, eine niedrige Beteiligung am Engagement nicht moralisierend zu beklagen, sondern „nach den gesellschaftlichen Umständen zu fragen, durch welche sich viele Menschen in die Passivität getrieben sehen" (Pankoke 2002: 75). Auch Naegele und Rohleder (2001: 416) warnen vor einer unkritischen „Wiederverpflichtung des Alters" und verweisen unter anderem auf negative sozioökonomische Bedingungen als Barrieren für eine gesellschaftliche Produktivität Älterer. Sie fordern entsprechende spezifische Förderstrategien (vgl. Barnes 2005).

4.5.5.1 Formelles und informelles Engagement: Ungleicher Zugang, ungleiche Berichterstattung

Gleichzeitig wird national und international darauf hingewiesen, dass der vorherrschende Engagementdiskurs zu eng geschnitten ist. Unter ehrenamtlicher Tätigkeit wird „gewöhnlich freiwillige, nicht auf Entgelt ausgerichtete Betätigung *im Rahmen von Institutionen und Vereinigungen verstanden*" (Künemund und Schupp 2008: 140, Hervorhebung nicht im Original), entsprechend gesellschaftlich thematisiert und wissenschaftlich beforscht. Dieser Fokus rückt Aktivitäten in den Vordergrund, die eher für Engagierte mit einem höheren Bildungsabschluss und höherem Einkommen sowie – bezogen auf die Geschlechterverhältnisse – eher für Männer typisch sind. Dies ist weniger ein Ausdruck persönlicher Präferenzen als vielmehr eine Folge ungleicher Zugangschancen zu gesellschaftlich sichtbaren und anerkannten Funktionen in der Zivilgesellschaft. Der Zugang zum Engagement kann aus verschiedenen Gründen ungleich verteilt sein:

- Es bedarf im Lebenslauf akkumulierter soziokultureller Kompetenzen, eines entsprechenden Selbstverständnisses oder Habitus, um in den Feldern des formellen (freiwilligen bürgerschaftlichen) Engagements Zugang zu Rollen und Funktionen zu erhalten.
- Viele Formen des Engagements erfordern den Einsatz eigener finanzieller Mittel.
- Es bedarf freier Zeit, die beispielsweise nicht durch unbezahlte Sorgearbeit für die Enkelkinder, zu pflegende Partner oder unterstützungsbedürftige Nachbarn belegt ist.
- Nicht zuletzt spielen ungleich verteilte Gesundheitsressourcen (vgl. Abschnitt 4.3.1 in diesem Bericht) im zunehmenden Alter eine bedeutsame Rolle für die Möglichkeit sich zu engagieren.

Weite Teile der „Engagementberichterstattung" in Deutschland lassen noch immer einen Mittelschichts- und Genderbias erkennen, der weniger formalisierte gegenseitige Unterstützungsnetzwerke kaum in den Blick nimmt, während gleichzeitig formalisierte Strukturen Menschen mit geringer formaler Bildung oder solche mit Migrationsgeschichte tendenziell ausschließen (vgl. Alisch und May 2013). Das vielfältige „informelle Engagement", das sich meist in der Sorgearbeit für Kinder, Ältere und/oder die (jeweilige) Gemeinschaft äußert, bleibt bei dieser Betrachtungsweise ausgeschlossen, sofern es sich in Familien beziehungsweise in informell organisierten oft nachbarschaftlichen Netzwerken abspielt.

Eine breitere Perspektive auf das, was als freiwilliges oder bürgerschaftliches Engagement zu verstehen ist, schlagen deshalb Wahrendorf und Siegrist mit ihrer Definition sozialer Produktivität vor: „any agreed-upon continued activity that generates goods or services that are socially or economically valued by the recipient(s), whether or

not based upon a formal contract"[18] (2008: 54f.). Bei Migrantinnen und Migranten ist häufig die Grenze zwischen organisiertem und nicht organisiertem sozialen Engagement – zum Beispiel in informellen oder formelleren ethnischen Communities – fließend, auch weil schon rechtliche Rahmenbedingungen (Aufenthaltsstatus, Staatsbürgerschaft) ihnen organisierte Formen des gesellschaftlichen Engagements teilweise versperren (vgl. May und Alisch 2013b). Zudem muss die Erkenntnis ernst genommen werden, dass „die geringere Chance auf gesellschaftliche Beteiligung" (ISG und WZB 2009: 169) älterer Zuwanderer der ersten Generation, weder durch „Wohndauer und Urbanitätsgrad" (ebd.), noch durch „gesellschaftliches Interesse, Wertevorstellungen und Religionszugehörigkeit" (ebd.) erklärt werden können. Vielmehr zeigen aktuelle Befunde zu den Netzwerken der Selbstorganisation und Selbsthilfe älterer Migrantinnen und Migranten, dass für sie kaum Gelegenheitsstrukturen zur gesellschaftlichen Teilnahme und Teilhabe bestehen. Auch langjährige alltägliche Diskriminierungserfahrungen sowie hohe Anforderungen von Seiten der Institutionen an die Anpassungsfähigkeiten der älteren Migrantinnen und Migranten an die formalen Zugangswege zu Informationen und materiellen Ressourcen schmälern deren Teilhabechancen (vgl. May und Alisch 2013a; May und Alisch 2013b).

Soziale Produktivität im Alter wird im Allgemeinen als Beitrag zu Gesundheit und Wohlbefinden der Tätigen verstanden. Die Allgemeingültigkeit beziehungsweise Generalisierbarkeit dieses vielfach untersuchten und häufig nachgewiesenen Zusammenhangs wird allerdings auch bezweifelt. Zum einen wird darauf verwiesen, dass Gesundheit sowohl eine Ressource für soziale Produktivität als auch ein Effekt von sozialer Produktivität sein kann – und ungleich verteilte Gesundheit insofern auch einen relevanten Teil ungleich verteilten Engagements erklären kann. An anderer Stelle wird darauf verwiesen, dass nur sowohl freiwillige als auch für die Personen bedeutungsvolle Aktivitäten positive Effekte zu haben scheinen (Rozanova u. a. 2012). Am Beispiel der Netzwerke von Selbstorganisation und Selbsthilfe älterer Migrantinnen und Migranten weisen May und Alisch (2013a; vgl. auch May 2014) ebenfalls darauf hin, dass die vielfältigen informellen Vernetzungen im Gemeinwesen weitgehend ungesehen, kaum anerkannt und wenig unterstützt werden. Die gesundheitlichen Vorteile, verbunden mit dem meist niedrigen sozioökonomischen Status dieser Bevölkerungsgruppen, scheinen begrenzt.

Anhand von SHARE-Daten haben Wahrendorf und Siegrist Zusammenhänge zwischen sozialer Produktivität, sozioökonomischem Status und Wohlbefinden einer genaueren Analyse unterzogen (Wahrendorf und Siegrist 2008; Siegrist und Wahrendorf 2010). Sie zeigen, dass Engagement sich dann positiv auf das Wohlbefinden auswirkt, wenn die engagierte Person das Gefühl hat, nicht nur etwas zu geben, sondern auch etwas zu bekommen, wenn also im Engagement Reziprozität erlebt wird.[19] Mit den SHARE-Daten konnten für formelles Engagement („Ehrenamt") und informelle Hilfe in der nachberuflichen Phase positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden gezeigt werden, nicht jedoch für pflegerische Tätigkeiten. In Bezug auf pflegerische Tätigkeiten verweisen Wahrendorf und Siegrist (2008) sogar auf einen negativen Zusammenhang mit Wohlbefinden (vgl. auch die zahlreiche Literatur zur gesundheitlichen Belastung pflegender Angehöriger, bspw. Kurz und Wilz 2011; Rösler-Schidlack u. a. 2011) und darauf, dass ein nicht aktives Leben immer noch besser für Gesundheit und Wohlbefinden ist als eines mit solchen Aktivitäten, für die man keine Wertschätzung erhält. Sie erklären diese Befunde unter anderem mit Einschränkungen der Reziprozität in der Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und Gepflegten; weitere Erklärungen verweisen zum einen auf den Verlust von Kontrolle und Selbstbestimmung über das Ausmaß und die Grenzen der eigenen pflegerischen Aktivitäten, zum anderen auch auf das erhöhte Risiko sozialer Isolierung für pflegende Angehörige (Überblick bspw. für die Schweiz und die USA: Feinberg u. a. 2011; Höpflinger u. a. 2011).

Entgegen einer in der Öffentlichkeit verbreiteten Ansicht hat der Eintritt in den Ruhestand kaum einen Einfluss auf das Engagement: Erlinghagen (2010) zeigt anhand von deutschen Paneldaten, dass es in der Regel eine Kontinuität des Engagements von der beruflichen in die nachberufliche Phase gibt und dass die frei verfügbare Zeit, die durch den Eintritt in den Ruhestand entsteht, eher selten zu einer Neuaufnahme von Aktivitäten führt. Dies kann auch mit Daten des Deutschen Alterssurveys bestätigt werden (Naumann und Romeu Gordo 2010). In diesem Zusammenhang wird auch auf die Bedeutung von beruflichen Erfahrungen für das Engagement und allgemeiner für gesellschaftsbezogene Partizipation hingewiesen: Aner spricht vom „lange[n] Atem der Erwerbstätigkeit", der sich „über die sozioökonomischen Ressourcen im Alter sowohl produktiv als auch kontraproduktiv für

---

[18] „jegliche vereinbarte und regelmäßige Aktivität, die Güter oder Dienstleistungen hervorbringt, die als sozial oder ökonomisch wertvoll von den Empfangenden betrachtet wird, sei sie mit einem formalen Vertrag verbunden oder nicht" (Übersetzung SK).

[19] „Das Grundprinzip sozialer Reziprozität besagt, dass Leistung und Belohnung sich entsprechen, das heißt, in einem ausgewogenen Verhältnis stehen." (Wahrendorf und Siegrist 2008: 55). Dazu zählen sie materielle und auch immaterielle Formen wie beispielsweise Anerkennung, Wertschätzung oder Würdigung.

zivilgesellschaftliches Handeln auswirken“ kann (Aner 2007: 185). Er vermutet, dass Erwerbsbiografien mit prekären Beschäftigungsverhältnissen es den betroffenen Menschen kaum noch ermöglichen, solche Kompetenzen aufzubauen, die für ein Engagement oft unabdingbar sind: „Flexibilität und Selbstständigkeit, Lernbereitschaft und Lernfähigkeit, Verantwortungsbereitschaft und Teamfähigkeit, Belastbarkeit und Konfliktfähigkeit, Phantasie und Kreativität“ (ebd.: 186). Zusammen mit Hammerschmidt verweist Aner zusätzlich darauf, dass zumindest viele derjenigen, die frühzeitig und häufig mit Abschlägen und unfreiwillig aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, sich nicht damit abfinden wollen, in die Freiwilligkeit „verschoben“ zu werden: „Es erscheint ihnen als Widerspruch, wenn nicht gar als Zumutung, im Erwerbsarbeitssektor schon sehr früh nicht mehr gebraucht zu werden, dafür aber im privat-sozialen Sektor arbeiten zu sollen – unentgeltlich.“ (Aner und Hammerschmidt 2008: 260). Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass Reziprozität auch im gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang eine Voraussetzung für Engagement ist: Es empfinden eher diejenigen eine Motivation zum Engagement für Andere und für „die Gesellschaft“, die sich nicht als gesellschaftlich benachteiligt wahrnehmen.

4.5.5.2 Förderung von Engagement

Bei der Förderung des Engagements älterer Menschen sollte der sozialen Ungleichheit und damit den zwischen verschiedenen Gruppen älterer Menschen ungleich verteilten Zugangschancen zum Engagement Rechnung getragen werden. Dazu werden in der nationalen und internationalen Literatur verschiedene Empfehlungen formuliert.

Schon im Sechsten Altenbericht wurde davor gewarnt, das Engagement älterer Menschen zur Kompensation des Abbaus sozialstaatlicher Leistungen zu instrumentalisieren (Deutscher Bundestag 2010: 76). Engagement im Alter als eine Verpflichtung darzustellen, so der allgemeine Tenor, würde bei vielen Älteren eher Widerstand hervorrufen, insbesondere bei jenen, die unfreiwillig aus dem Arbeitsmarkt ausgeschieden sind (Erlinghagen und Hank 2006; Aner und Hammerschmidt 2008). Martinson und Halpern (2011) plädieren dafür, Engagement nicht mit Verantwortlichkeit und Verpflichtung zu konnotieren und nicht die Botschaft zu vermitteln, dass ein engagierter älterer Mensch ein „guter“ oder „wertvoller“ älterer Mensch sei. Ältere Menschen mit niedrigem Einkommen und geringer Bildung, die Zeit ihres Lebens den formellen Rollen des Engagements eher fern standen, würden damit entwertet und weiter ausgeschlossen.

Daher gibt es Empfehlungen, auf lokaler Ebene Anreiz- und Gelegenheitsstrukturen hervorzubringen, mit denen neue zivilgesellschaftliche Rollen geschaffen werden können, mit denen sowohl Anerkennung als auch Autonomie- und Gestaltungschancen verbunden sind (Hank und Erlinghagen 2009). Solche Gelegenheitsstrukturen sollten sich insbesondere an benachteiligte Gruppen richten, um auch ihnen Zugangschancen zum Engagement zu eröffnen, die zu Selbstbewusstsein und -wirksamkeit, Lebensqualität und Gesundheit beitragen (Siegrist und Wahrendorf 2010). Martinez u. a. verweisen darauf, dass individuelle, soziale, kulturelle und finanzielle Barrieren berücksichtigt, entschärft oder entfernt werden müssten. Zu den individuellen Barrieren gehören beispielsweise gesundheitliche Einschränkungen, die bei niedrigen Statusgruppen durchschnittlich früher einsetzen. Soziale Barrieren sind etwa individuell „unsichtbare“ Care-Verpflichtungen; als kulturelle Barrieren sind mittelschichtspezifische Anerkennungs- und Rekrutierungsmuster zu nennen; als finanzielle Barrieren werden (armutsfeste) Einkommenssicherheit im Allgemeinen und Kostenerstattungsregelungen für Engagement im Besonderen angesehen (Martinez u. a. 2006).

Gleichzeitig wird mit Dringlichkeit darauf verwiesen, dass es einseitig und dysfunktional sei, dass vor allem das formelle Engagement gesellschaftlich anerkannt wird, andere Formen des Engagements dagegen eher versteckt bleiben und wenig Beachtung finden. Besser wäre es, wenn unterschiedliche Formen des Engagements ausreichend Anerkennung finden würden.

4.6 Intersektionale Ungleichheiten

Wie in der Einleitung dieses Kapitels beschrieben, wird mit dem in der deutschen Übersetzung etwas sperrigen Begriff der „Intersektionalität“ das Zusammenwirken mehrerer Merkmale sozialer Ungleichheiten beschrieben. Da das Alter selbst in vielen Untersuchungen als Ungleichheitskategorie gilt und in diesem Kapitel des Altenberichts das Alter ohnehin ins Verhältnis zu anderen Dimensionen sozialer Ungleichheit gesetzt wird, sollen diese Überkreuzungen – die „intersections“ – nun genauer diskutiert werden. Auf diese Weise können Unterstützungsbedarfe in unterschiedlichen vulnerablen Lebenslagen im Alter und daraus entstehende Handlungsbedarfe auf

kommunaler Ebene identifiziert werden. Diese Perspektive ermöglicht es auch, die analytisch sinnvolle, aber empirisch und gesellschaftlich unzureichende Unterscheidung in „vertikale“ (SES) und „horizontale“ (Geschlecht, Alter, Ethnizität, sexuelle Orientierung, Behinderung) Merkmale gesellschaftlicher Ungleichheiten zu verlassen und Ungleichheiten im Alter differenzierter in den Blick zu nehmen.

Dabei wird herausgearbeitet,

- wie sich einzelne Differenzmerkmale im Zusammenhang mit Alter und sozialer Ungleichheit darauf auswirken, wie sich der Bedarf nach Unterstützung und Sorge mit dem Älterwerden entwickelt,
- welche Chancen und Barrieren es gibt, eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung (soziale Teilhabe, Begleitung, Betreuung, Unterstützung, Pflege) zu erhalten, und
- welche Lebenslagen mit welchen spezifischen Potenzialen, Gefährdungen und sogar Notlagen daraus entstehen.

4.6.1 Geschlechterungleichheiten und Lebenslagen im Alter

Im Zusammenhang mit der Problematisierung von Altersarmut und auch bezogen auf gesundheitliche Ungleichheiten (vgl. Abschnitte 4.2 und 4.3 in diesem Bericht) konnte gezeigt werden, dass im Vergleich zu Männern die Lebenslagen von Frauen nach wie vor von geringeren Bildungschancen und einem niedrigeren sozialen Status bei schlechteren eigenen Gesundheitschancen gekennzeichnet sind. Zudem ist aufgrund der deutlich höheren Lebenserwartung von Frauen in Kombination mit der durchschnittlichen Altersstruktur von Paaren der Anteil alleinlebender alter und hochaltriger Frauen größer. Alleinlebende alte Frauen sind erheblich auf ein gut funktionierendes soziales Netz angewiesen und haben ein hohes Risiko, im Pflegefall nicht mehr in der eigenen Wohnung bleiben zu können. Frauen haben mit dem Alter(n) somit ein doppeltes Risiko für Einschränkungen der Lebensqualität: Die sozialen Gefährdungen des (hohen) Alters treffen zusammen mit geschlechtsspezifischen sozialen Gefährdungen (vgl. Backes 2005). Alte Frauen befinden sich deshalb auch häufiger in problematischen Lebenslagen als alte Männer. Dies wird insbesondere in Bezug auf die materielle Sicherung und Autonomie sowie die soziale Vernetzung relevant, wirkt sich aber auch auf die Chancen für eine gute Gesundheit, Pflege und Versorgung aus (vgl. Bäcker: 1984: 17ff.; Kohli und Künemund 2000). Männer sind „im Alter vergleichsweise seltener und weniger stark von sozialen Problemen betroffen: Sie sind materiell besser gesichert und entsprechend besser versorgt, gehen eher außerhäuslichen Beschäftigungen und Engagementformen nach, die ihren Vorstellungen entsprechen, werden im Pflegefall häufiger zu Hause von der eigenen Partnerin gepflegt und bleiben seltener allein zurück“ (Backes 2005: 34). Das Geschlecht ist also eine wesentliche Kategorie der Ungleichheit von Lebenslagen im Alter und muss deshalb angemessen in kommunalen Strategien für eine gerechte Alter(n)spolitik abgebildet werden.

Backes zeigt auf, dass die sozialwissenschaftliche Gerontologie lange Zeit weitgehend geschlechtsblind war: „relevante Alter(n)sprobleme bei Frauen [wurden] lange Zeit nahezu ausgeschlossen, oder sie blieben verdeckt“ (Backes 2005: 31). Auch bei der Frage nach gesellschaftlichem Engagement im Alter stehe die „männliche Vergesellschaftung und deren mit dem Alter(n) einhergehende Veränderungen, insbesondere mit dem Eintritt in den sogenannten Ruhestand“ (ebd. 32) im Mittelpunkt, während für Frauen eine „typisch weibliche“ Vergesellschaftung angenommen wurde, die sich „über reproduktive, informelle Bereiche, wie Hausarbeit und Familie“ manifestiere. Für viele Frauen stelle sich insofern die Frage eines zu gestaltenden Alter(n)s gar nicht, da ihnen „der für sie typische und relevante Aufgabenbereich bis ins Alter erhalten“ bleibe. Es reiche deshalb nicht aus, Unterschiede zwischen Männern und Frauen allein an der unterschiedlichen Lebenserwartung und an der ungleichen Betroffenheit von sozialen Problemen im Alter festzumachen. Vielmehr seien die Geschlechterverhältnisse im Lebensverlauf und deren Auswirkungen auf die Lebenslagen von Männern und Frauen bis ins Alter insgesamt in den Blick zu nehmen (vgl. ebd.).

4.6.1.1 Geschlechtsspezifische Risiken für Armut im Alter

Frauen haben die Schaffung flexibler und atypischer Beschäftigungsformen in den 1980er und 1990er Jahren genutzt, um Sorgearbeit in der Familie und Erwerbstätigkeit miteinander zu vereinbaren, waren dadurch jedoch mehr als Männer von prekären Beschäftigungsverhältnissen und sukzessiver Exklusion aus dem Arbeitsmarkt

betroffen (Buchholz und Blossfeld 2009). Inzwischen haben die Erwerbszeiten westdeutscher Frauen im Vergleich zu früheren Kohorten zugenommen. Dieser Zuwachs beruht allerdings vor allem auf einem Zuwachs von Teilzeittätigkeiten: Im Jahr 2014 waren 11 Mio. Frauen teilzeitbeschäftigt – das waren doppelt so viele wie 1991; drei Viertel aller Teilzeitbeschäftigten waren im Jahr 2014 Frauen (vgl. Wanger 2015: 3). Tatsächlich kann insbesondere bei den Frauen in den „alten Bundesländern“ eine Zunahme von Teilzeitbeschäftigungen und diskontinuierlichen Erwerbsverläufen nachgewiesen werden. Ein Vergleich zwischen den Frauen der Babyboomergeneration in Ost- und Westdeutschland zeigt, dass zwar auch bei den Frauen in Ostdeutschland diskontinuierliche Erwerbsverläufe gegenüber den älteren Kohorten zugenommen haben, dass ihre Erwerbsbiografien im Vergleich zu den gleichaltrigen Frauen in Westdeutschland jedoch weiterhin stärker durch Vollzeiterwerbstätigkeit geprägt sind (Simonson 2013).

Insgesamt sind Frauen im Lebensverlauf weniger lang erwerbstätig und erzielen während einer Erwerbstätigkeit ein geringeres Einkommen als Männer. Weil die Dauer der sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit und die Höhe des dabei erzielten Einkommens wichtige Faktoren bei der Berechnung der Renten aus der Gesetzlichen Rentenversicherung sind, wird diese Ungleichheit, die zwischen Männern und Frauen während der Erwerbsphase besteht, in die Ruhestandsphase fortgeführt: „Während Erwerbsunterbrechungen und Nichterwerbstätigkeit von Frauen, aber auch Zeiten mit nicht versicherungspflichtiger Erwerbsarbeit (z. B. Minijobs) über den Zeitfaktor den Aufbau von Rentenansprüchen beeinträchtigen, dämpfen Teilzeit, niedrige Frauenlöhne und ausgebliebene Karriereentwicklungen von Frauen über den Einkommensfaktor das erzielbare Renteneinkommen“ (BMFSFJ 2011: 203). Gegenüber den Männern fehlen Frauen bei Eintritt ins Rentenalter durchschnittlich 13,7 rentenrechtlich relevante Jahre. Außerdem leisten Frauen viel unbezahlte und wenig bezahlte Arbeit, Männer hingegen wenig unbezahlte und viel bezahlte Arbeit. Im Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (BMFSFJ 2011) wird die unterschiedliche Bewertung der „Lebensleistungen“ von Frauen und Männern bei der Berechnung der Renten in der Gesetzlichen Rentenversicherung herausgearbeitet. Zwar werden bei der Berechnung der Rente neben dem sozialversicherungspflichtigen Erwerbsverlauf auch Arbeitslosigkeit und Sorgearbeit in Form von Kindererziehung und Pflegetätigkeiten berücksichtigt (wobei die Pflege älterer Angehöriger weitaus geringer zu Buche schlägt als die Kindererziehungszeiten) – diese Regelungen kommen überwiegend Frauen zugute. Dennoch „zeigen sich bei einem Vergleich der eigenständigen GRV-Renten von Frauen und Männern immer noch eklatante Unterschiede“ (BMFSFJ 2011: 202). So belief sich die Rentenhöhe der Frauen in Westdeutschland am Ende des Jahres 2008 auf lediglich 48 Prozent der Männerrenten (vgl. ebd.). Die Kommission zur Erstellung des Ersten Gleichstellungsberichts stellt zudem fest, dass sich dieses Verhältnis von (eigenständiger) Frauen- und Männerrente in Westdeutschland seit den 1960er Jahren praktisch kaum verändert hat (ebd.). Zudem hat sich an diesen großen Unterschieden hinsichtlich der Rentenhöhe auch in den letzten Jahren trotz steigender Frauenerwerbstätigkeit wenig verändert (Himmelreicher 2013). Auch beim Vergleich von Frauen und Männern, die wegen chronischer Erkrankungen den Arbeitsmarkt vorzeitig als Beziehende von ohnehin niedrigen Erwerbsminderungsrenten verlassen haben, liegen die Rentenzahlbeträge (2013) von westdeutschen Frauen mit 576 Euro immerhin 12 Prozent niedriger als die der westdeutschen Männer (Hagen und Himmelreicher 2014: 117).

Ein bedeutsamer Einfluss auf die Höhe des Alterseinkommens von Frauen ergibt sich auch aus der Anzahl der Kinder, die eine Frau großgezogen hat: Mit zunehmender Kinderzahl fällt – insbesondere in den westlichen Bundesländern – das anzurechnende durchschnittliche Einkommen der Rentnerinnen immer geringer aus. Frauen mit vier und mehr Kindern erreichen nur noch 68 Prozent des durchschnittlichen Einkommens kinderloser Frauen (BMFSFJ 2011: 203).

Auch beim Zugang zur betrieblichen Altersversorgung zeigen sich systematische Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern. Diese resultieren zum einen aus der geringeren Dauer der Erwerbstätigkeit und den geringeren Einkommen, zum anderen aus dem Umstand, dass größere Betriebe häufiger als kleinere eine betriebliche Altersversorgung anbieten und Frauen seltener in solchen Betrieben arbeiten (Klammer 2005).

Generell, so die Kommission zur Erstellung des Ersten Gleichstellungsberichts, stellen die mit der Rentenreform 2001 eingeführten staatlich geförderten Modelle der privaten und betrieblichen Altersvorsorge sicher, „dass Frauen im Rahmen der politisch gewollten Verlagerung von der Gesetzlichen Rentenversicherung auf die betriebliche und private Vorsorge nicht zusätzliche Einbußen aufgrund ihrer statistisch längeren Lebenserwartung und Rentenbezugsdauer in Kauf nehmen mussten“ (BMFSFJ 2011: 206). Dies kann allerdings nur sehr eingeschränkt als Nivellierung geschlechtsspezifischer Ungleichheiten interpretiert werden, da Frauen erstens nur begrenzt Zugang zur betrieblichen Altersversorgung haben und zweitens von der Absenkung des Rentenniveaus der GRV (bei einer gleichzeitigen Verschiebung der Alterssicherung hin zur betrieblichen und privaten Altersvorsorge)

überproportional betroffen sind, insofern Elemente des sozialen Ausgleichs, zum Beispiel für Kindererziehung und Pflege, fast ausschließlich in der ersten Säule implementiert sind (BMFSFJ 2011).

Obwohl der Anteil gut qualifizierter und langfristig erwerbstätiger Frauen gestiegen ist, haben sich die Armutsrisikoquoten für Frauen in den letzten Jahren nur relativ gering verändert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Frauen häufiger in prekären Beschäftigungsverhältnissen arbeiten (ebd.: 210).

Auch wenn eigenständige Rentenansprüche von Frauen durchschnittlich deutlich niedriger sind als die von Männern und sich daraus ein generell höheres Armutsrisiko von Frauen im Alter ablesen lässt, muss hier milieuspezifisch differenziert werden. So sind verheiratete Frauen häufig nicht nur in der Erwerbsphase von den Einkommen ihrer Ehemänner abhängig, auch für Witwen spielen die sogenannten abgeleiteten Leistungen als Hinterbliebene für die Zusammensetzung des Einkommens im Alter eine wesentliche Rolle (BMFSFJ 2011: 206). Die Abhängigkeit des eigenen Alterseinkommens vom Lebenserwerbseinkommen des verstorbenen Partners setzt sich auf diese Weise fort. Nach Angaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) (2008) beträgt der Anteil der Rentenleistungen, der auf solchen abgeleiteten Rentenansprüchen basiert, bei Frauen 36 Prozent, wobei 42 Prozent aller Frauen über 65 Jahre solche abgeleiteten Leistungen erhielten. Aufgrund der gestiegenen Erwerbsbeteiligung von Frauen ist allerdings auch der Anteil von Witwern, die eine Hinterbliebenenrente erhalten, seit den frühen 1990er Jahren von 3 auf 29 Prozent (in den alten Bundesländern) und von 4 auf 66 Prozent (in den neuen Bundesländern) gestiegen.

Diese Situation wird sich in Zukunft verändern: Auch unter Männern nehmen prekäre Beschäftigungsverhältnisse und diskontinuierliche Erwerbsverläufe zu; zudem steigt die Zahl der Scheidungen und Trennungen. Beide Entwicklungen tragen dazu bei, dass das klassische Versorgermodell der Ehe für die Einkommenssicherheit im Alter nicht mehr verlässlich ist (vgl. BMFSFJ 2011: 206). So erreichen geschiedene Frauen ab 65 Jahren im Vergleich zu anderen alleinlebenden Frauen dieser Altersgruppe das niedrigste durchschnittliche persönliche Nettoeinkommen (1.051 Euro). Ledige Frauen erzielen im Durchschnitt wesentlich höhere Einkommen (West: 1.237 Euro; Ost: 929 Euro) als Verheiratete (West: 628 Euro; Ost: 730 Euro) (BMSFJ 2011: 206).

Im Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung wird hinsichtlich der Altersabsicherung nachrückender Geburtskohorten von Männern und Frauen prognostiziert, dass es angesichts der Kürzungen im Leistungsniveau der Gesetzlichen Rentenversicherung und vieler nicht rentenversicherter Lebensphasen immer schwieriger wird, einen Rentenanspruch oberhalb der bedürftigkeitsgeprüften Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung zu erreichen. Sallmon (2013: 71) stellt fest, dass immer mehr Beitragsjahre erworben werden müssen, um die Sozialhilfeschwelle mit eigenen Rentenansprüchen zu erreichen. Ferner sind geringere Löhne und Karrierechancen im Lebenslauf von Frauen mit niedrigen Anwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung und niedrigen Alterseinkünften aus privater wie betrieblicher Altersvorsorge assoziiert (Frommert und Himmelreicher 2013: 155). Eine eigenständige Alterssicherung oberhalb des Niveaus der Armutsgrenze oder der Grundsicherung ist auf der Grundlage von Niedriglohnarbeitsverhältnissen und Minijobs kaum möglich. Gerade Frauen, die in der Familienphase auf diese Weise zum Haushaltseinkommen beitragen wollten, sind im Alter mit den Folgen konfrontiert, die sich gesamtgesellschaftlich gesehen, „in nicht existenzsichernden eigenständigen Alterssicherungsansprüchen, auch in deutlich steigenden Kosten für die steuerfinanzierte subsidiäre Grundsicherung niederschlagen“ wird (BMFSJ 2011: 210).

Insgesamt zeigt sich: Auch wenn die angestiegene Erwerbsbeteiligung von Frauen auf den ersten Blick eine Angleichung der Lebensweisen auch im Alter erwarten lässt, leben Männer und Frauen nach wie vor im Alter in ungleichen sozialen Lagen (vgl. Backes 2002).

4.6.1.2 Geschlechterunterschiede bei Sorgeleistungen und Sorgebedarfe

Engstler und Tesch-Römer (2010: 177) konnten zeigen, dass die Verbreitung traditioneller Formen des Zusammenlebens in Ehe und Familie zwischen 1996 und 2008 abgenommen hat. Gleichzeitig breiten sich andere Formen des (Zusammen-)lebens (kinderlos verheiratet, alleinstehend verwitwet mit Kindern, kinder- und partnerlose Ledige, Geschiedene ohne neuen Partner mit Kindern, Verheiratete mit nichtleiblichen Kindern) aus; diese Entwicklung geht „zu Lasten der klassischen Kernfamilie“ (ebd.). Als Folge können immer mehr ältere Frauen und Männer nicht auf eine ausreichende partnerschaftliche und familiäre Unterstützung zurückgreifen. Dies trifft „Frauen vor allem, weil sie verwitwet sind, […] Männer vor allem, weil sie keine Kinder haben, zu ihren Kindern keinen Kontakt (mehr) haben oder fern von ihnen leben“ (BMFSFJ 2011: 202).

Es fällt auf, dass die Analyse und gesellschaftliche Diskussion der Geschlechterverhältnisse im Alter den hohen Anteil von Frauen unter den Hochaltrigen – verbunden mit dem starken Ansteigen von Demenzerkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit – in erster Linie als gesellschaftliche Belastung und Kostenfaktor betont. Jedoch werden die häufig und in starkem Maße von Frauen erbrachten Sorgeleistungen im Privaten in der Betrachtung vernachlässigt (vgl. Eichler und Pfau-Effinger 2008). Dies erscheint umso schwerwiegender, wenn man sich den von Schneider u. a. (2014) als „Gender Accounting" entwickelten Ansatz zur Bilanzierung der Lebensleistungen von Frauen und Männern unter Einbeziehung der bezahlten (Erwerbs-) und der unbezahlten (Sorge-)arbeit anschaut: Demnach erbringen Frauen im Durchschnitt etwa 310 Mrd. jährlich an bezahlter Arbeit und zwischen 420 und 1.370 Mrd. Euro an unbezahlter Arbeit. Männer leisteten pro Jahr etwa 640 Mrd. Euro an bezahlter Arbeit und zwischen 280 und 880 Mrd. Euro an unbezahlter Arbeit (vgl. Schneider u. a. 2014: 159).

Backes verweist darauf, dass Frauen zudem auch im Alter häufiger familiale Sorgearbeit verrichten, die ihrer gesundheitlichen und sozialen Situation nicht entsprechen. Sie sind daher – bei längerer Lebensdauer – häufiger chronisch krank, erhalten aber weniger Unterstützung: „Während sie ihre Männer bis zum Tod betreuen und pflegen, stehen ihnen derartige Hilfe seltener zur Verfügung" (Backes 2005: 32).

Der Beitrag, den gerade Frauen in der Pflege älterer Menschen leisten, ist erheblich: Töchter und (Ehe)partnerinnen bilden mit insgesamt 54 Prozent die größte Gruppe der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten – weit vor männlichen Verwandten, Nachbarn oder Bekannten. Studien über pflegende Angehörige belegen, dass mehr als jede vierte nicht-professionelle Pflegeperson (27 %) zwischen 55 und 64 Jahre alt ist und ein fast ebenso großer Anteil (26 %) der pflegenden Angehörigen der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen angehört (Eichler und Pfau-Effinger 2008: 167 und 169; Schneekloth 2006). Immerhin noch 7 Prozent der Pflegepersonen sind sogar 80 Jahre alt oder älter. Eichler und Pfau-Effinger (2008: 169) zeigen, dass informelle, familiale Pflegetätigkeit sowohl eine geschlechts- als auch eine altersspezifische Dimension hat. Sie sehen sie als Nachweis dafür an, dass „entgegen der Annahme einer ‚Alterslast', die einen steigenden Problemdruck in den öffentlichen Haushalten erzeuge, die älteren Menschen faktisch einen wesentlichen Beitrag zur gesellschaftlichen Produktion von Wohlfahrt leisten" (ebd.: 178) – und zwar im Bereich der Angehörigenpflege vor allem ältere Frauen. Diese Frauen stehen in der sogenannten nachberuflichen Phase ihrer Biografie weit weniger als Männer zur Verfügung, um noch weitere Sorgeaufgaben in der Nachbarschaft oder dem Wohnquartier zu erbringen. Einem Neubeginn, verbunden mit der Realisierung von Verwirklichungschancen, mit selbstgewählten Aufgaben im freiwilligen Engagement, stehen oft „familiale, selbst gesetzte oder akzeptierte Verpflichtungen" (Backes 2005: 33) entgegen.

Wesentliche Ursachen für die ungleichen Lebenslagen von älteren Männern und Frauen sind gesellschaftlich bedingt. Erwerbsarbeit und vor allem die haus- und familienbezogene Sorgearbeit, sind nach wie vor in hohem Maße geschlechtlich strukturiert. Die durch Teilzeitarbeit oder „Minijobs" realisierte Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Beruf führt gerade für Frauen im Alter zu niedrigen eigenen Rentenansprüchen. Die in diesem Abschnitt skizzierten Problematiken sind deshalb keine altersspezifischen, sondern beziehen sich auf das gesamte Erwerbssystem. Insofern könnte durch entsprechende Veränderungen im Erwerbssystem beziehungsweise in der Organisation der Arbeitsmärkte die geschlechtsspezifische Ungleichheit im Alter wesentlich abgebaut werden (vgl. Kapitel 7 in diesem Bericht).

4.6.2 Lebenslagen, Unterstützungsbedarfe und Sorgearrangements älterer Migrantinnen und Migranten

4.6.2.1 Soziale Ungleichheit und Konzepte von Migration

Nach den Daten des Mikrozensus von 2010 leben in Deutschland etwa 1,5 Millionen Menschen mit Migrationsgeschichte, die 65 Jahre und älter sind. Der Anteil der Älteren unter den Personen mit Migrationshintergrund ist mit 9,4 Prozent noch deutlich geringer als der Anteil der älteren innerhalb der nicht migrierten Bevölkerung mit 23,7 Prozent. Es gibt Schätzungen, nach denen bis 2030 rund 15 Prozent der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund älter als 65 Jahre sein werden (Schimany u. a. 2012: 155).

Bereits bei diesen Angaben ist zu bedenken, dass ältere Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe darstellen: Ältere Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich nach dem Herkunftsland, der ethnischen Zugehörigkeit, der Sprache und dem Aufenthaltsstatus und haben entsprechend unterschiedliche Teilhabechancen. Es sind dabei Gastarbeiter der ersten, zweiten und dritten Generation, Flüchtlinge, Aus- und Spätaussiedler zu differenzieren. Zudem unterscheiden sie sich auch in ihren sozialen

Lagen und – aufgrund unterschiedlicher Formen sozialer Vernetzung sowie unterschiedlicher Unterstützungsbedarfe und -ressourcen – in ihren Verwirklichungschancen.

Dieser differenzierte „Migrationshintergrund“ wird von den amtlichen Statistiken (z. B. Mikrozensus, Bevölkerungsfortschreibung oder Ausländerzentralregister) nicht abgebildet. Orientiert an den verfügbaren Indikatoren „Staatsangehörigkeit“, „Herkunftsland“ oder „Aufenthaltsdauer und -status“, werden die Zusammenhänge gerade zu diesen Merkmalen häufig als Ursache von Problemlagen und prekären Lebenssituationen überbetont. Zudem basieren die „Melderegister wie auch das Ausländerzentralregister […] nicht auf einem Migrationskonzept, sondern auf dem ‚Ausländerkonzept‘ “ (Zeman 2005: 7).

Die Diversität älterer Menschen, die zunächst lediglich die Erfahrung der Migration verbindet, kann auf dieser Grundlage nicht abgebildet werden: Personen, die inzwischen die deutsche Staatsbürgerschaft haben oder als Spätaussiedler eingewandert sind, werden hier nicht erfasst; ihre eigenen Migrationserfahrungen und Interessensorientierungen im Alter bleiben in der Regel weitgehend unberücksichtigt.

Bereits seit den 1990er Jahren – meist in enger Zusammenarbeit mit Wohlfahrtsverbänden und zum Teil durch (bundes-)politische Institutionen in Auftrag gegeben – wurden vorwiegend praxisbezogene Fragestellungen zu zentralen Lebensbereichen älterer Ausländerinnen und Ausländer (eben nicht aller älteren Migrantinnen und Migranten) wissenschaftlich bearbeitet (Überblicke bei Söhn 2000; Zeman 2005). Viele dieser Studien entstanden „in starker Abhängigkeit von politischen Förderperspektiven“ (Mecheril 2007: 24), dabei wurde vor allem in der Auftragsforschung „mit dem Problemfeld die jeweils ‚gültige‘ Problemdefinition“ (Bukow und Heimel 2003: 19) übernommen. Bukow und Heimel haben deshalb schon früh darauf hingewiesen, dass in der Migrationsforschung „Migration […] von Beginn an nur als Problem und zwar als Integrationsproblem wahrgenommen“ wurde (Bukow und Heimel 2003: 19; vgl. auch May und Alisch 2013b: 11).

Auffällig ist auch, dass die Definition von „Migration“ als dauerhafte Verlagerung des Lebensmittelpunktes in eine andere Gesellschaft beziehungsweise in eine andere Region (BAMF 2011) „ungeachtet individueller Motivation oder des kulturellen Hintergrunds“ (Zeman 2005: 11) als Etikett eher auf Menschen aus der Türkei, aus Griechenland oder aus Marokko Anwendung findet als auf Menschen aus den USA, Frankreich oder Österreich, die in der Generation der Älteren durchaus größere „ethnische Communities“ in Deutschland bilden (ebd.).

Die systematischen Einschränkungen bei der Erfassung der Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationsgeschichte sind bei der Einschätzung ihrer Verwirklichungschancen, ihrer sozialen Vernetzungen als Potenzial von Mitverantwortung und Mitgestaltung, ihrer Problem- und Interessenlagen sowie bei der Ableitung entsprechender kommunal- und lokalpolitischer Handlungsoptionen zu berücksichtigen. Schlussfolgerungen, die auf der Grundlage von Befunden entlang der Merkmale „Herkunftsland“ oder „Religionszugehörigkeit“ getroffen werden, laufen Gefahr, mit Blick auf die deutliche Überlagerung mit Merkmalen „vertikaler“ sozialer Ungleichheit, soziale Probleme dieser älteren Menschen lediglich zu ethnisieren.

Walz (2010) hat daher auch in einer Zusammenfassung der Datenlage zur ökonomischen Situation, den Wohnbedingungen sowie der Gesundheits- und Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten in Deutschland auf ethnische beziehungsweise nationalstaatliche Zuschreibungen verzichtet. Auch in einer repräsentativen Befragung von 800 älteren Migrantinnen und Migranten in verschiedenen deutschen Städten konnte gezeigt werden, dass Zusammenhänge zwischen Formen sozialer Vernetzung, Engagement und Unterstützungsbedarfen zur Variable „Herkunftsland“ nur schwach ausgeprägt waren (May und Alisch 2013a). Hingegen fanden sich die stärksten Zusammenhänge von Vernetzung, Engagement und Unterstützungsbedarfen zu den städtebaulichen, sozialen und infrastrukturellen Gegebenheiten des Wohnquartiers – als Gemeinwesen, als Wohnumfeld, als gelegenheitsbefördernder oder -hemmender Sozialraum. Insbesondere zu den Vorstellungen über das Wohnen im Alter kann gezeigt werden, dass die Wohnwünsche älterer Migrantinnen und Migranten stark abhängig sind von der sozialen Position und dem Bildungshintergrund und kaum von der ethnischen Herkunft (ebd.). Hafezi (2001) konnte große Parallelen zwischen den Lebens- und Bedürfnislagen von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund feststellen. Auch die Ergebnisse der von Sinus-Soziovision (2007) im Auftrag des BMFSFJ durchgeführten Studie zu „Milieus der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland“ kommt zu dem Ergebnis, dass gemeinsame lebensweltliche Muster bei Migrantinnen und Migranten aus ganz unterschiedlichen Herkunftsländern deren Alltag stärker prägen als die ethnische Herkunft. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes „LIMITS – Immigrants and Ethnic Minorities in European Cities: Life-courses and Quality of Live in a World of Limitations“, der Längsschnittstudie „SiM – Equal Opportunity and Marginalization“ (Latcheva und Herzog-Punzenberger 2011) sowie des Praxisforschungsprojektes AMIQUS (May und Alisch 2013a; Alisch und May 2013) liefern Belege dafür,

„dass Einflüsse aus politischen, wirtschaftlichen und auch demografischen Ereignissen im Lebenslauf den individuellen Integrationsverlauf sehr viel stärker bestimmen“ (May und Alisch 2013a: 143) als die ethnische Herkunft. Konzepte der interkulturellen Öffnung von Wohn- und Versorgungsangeboten im Alter (z. B. Betreutes Wohnen) sind daher nicht unbedingt als kulturspezifische, sondern eher als milieuspezifische Angebote anzulegen.

4.6.2.2 Lebenslagen älterer Migrantinnen und Migranten

Im folgenden Abschnitt wird zur Darstellung ungleicher Lebenslagen von Älteren mit und ohne Migrationshintergrund auf Differenzierungen verzichtet. Dennoch bleibt die Problematik erhalten, dass Befunde zur Einkommenssituation, Bildungs- und Berufsqualifikation sowie insbesondere zur Alterssicherung auf je unterschiedlichen Konzepten beruhen und mal auf den Migrationshintergrund, an anderer Stelle auf den Ausländerstatus verweisen.

Die Daten der Ausländerstichprobe[20] des Deutschen Alterssurveys bestätigten die bisherigen Kenntnisse zur sozialen Lage älterer Ausländerinnen und Ausländer (die ja nur einen Teil der Älteren mit Migrationsgeschichte ausmachen): Demnach ist ihr Einkommen durchschnittlich niedriger als das der gleichaltrigen Deutschen. Diese Entwicklung zeichnet sich bereits in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren ihres Erwerbsleben deutlich ab: Frick u. a. (2009: 132f.) stellen fest, dass ältere Personen mit Migrationshintergrund aufgrund der engen Kopplung der Alterssicherung an das Erwerbssystem niedrigere Renteneinkommen aufweisen und überdurchschnittlich von Altersarmut betroffen sind. So sind Gastarbeiter der ersten Generation häufig deutlich später in das für die Gesetzliche Rentenversicherung relevante Berufsleben eingetreten als einheimische Beitragszahler und erreichen durchschnittlich nur 32 Erwerbsjahre gegenüber 41 Erwerbsjahren der Männer ohne Migrationshintergrund. Ihre Beschäftigungssituationen sind häufig als prekär zu bezeichnen und gerade die letzte Phase im erwerbsfähigen Alter ist von Ungleichheiten zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund geprägt.

In einer nach Altersgruppen differenzierten Darstellung der Erwerbslosenquote von Frauen und Männern mit und ohne Migrationshintergrund wird deutlich, dass Personen mit Migrationsgeschichte deutlich häufiger von Erwerbslosigkeit betroffen sind als solche ohne Migrationshintergrund. Insbesondere in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen sind die Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen sehr groß: Berechnungen anhand des Mikrozensus 2010 zeigen, dass Migrantinnen und Migranten dieser Altersgruppe zu 15,1 Prozent erwerbslos sind – gegenüber 6,9 Prozent der Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund (vgl. Schimany u. a. 2012: 146). Effekte des wirtschaftlichen Strukturwandels, die beispielsweise in der industriellen Massenproduktion und der Schwerindustrie zum Abbau der oft von den „Gastarbeitern“ der ersten Generation verrichteten Tätigkeiten geringer beruflicher Qualifikation führte, bedeuten für diese in der letzten Phase des Erwerbsalters Einkommenseinbußen durch Transferleistungen und führen entsprechend zu einem niedrigeren Alterseinkommen. Schimany u. a. (2012: 147) weisen darauf hin, dass neben diesen wirtschaftsstrukturellen Gründen für die hohe Erwerbslosenquote insbesondere älterer männlicher Migranten auch gesundheitliche Einschränkungen durch die meist schwere körperliche Arbeit sowie fehlende Aufstiegsmöglichkeiten (Frick u. a. 2009: 31) zum früheren Ausscheiden Zugewanderter aus dem Erwerbsleben führen.

Ein Vergleich der (anerkannten) formalen Bildungs- und Berufsqualifikationen von Frauen und Männern mit und ohne Migrationsgeschichte zeigt, dass fast die Hälfte der älteren erwerbslosen Migrantinnen (48,8 Prozent) zwischen 55 und 64 Jahren ein niedriges Qualifikationsniveau aufweisen. Von den männlichen erwerbslosen älteren Migranten werden 40,6 Prozent dieser Qualifikationskategorie zugeordnet – gegenüber nur 12,4 Prozent der nicht migrierten männlichen Erwerbslosen dieser Altersgruppe. Allerdings schützt auch eine formal hohe Qualifikation ältere Migranten nicht vor Erwerbslosigkeit am Ende der erwerbsfähigen Lebensphase: 17,4 Prozent der erwerbslosen älteren Migranten verfügen über eine hohe Qualifikation – bei den älteren Erwerbslosen ohne Migrationshintergrund hat nur etwa jeder zehnte (10,2 Prozent) eine hohe Qualifikation (Schimany u. a. 2012: 148).

---

[20] Zufallsstichprobe der in Privathaushalten lebenden nichtdeutschen Bevölkerung der Geburtsjahrgänge 1917-1962 in den gleichen Gemeinden der ersten Welle des Deutschen Alterssurveys (n=586). Im Abschlussbericht zu den Ergebnissen der zweiten Welle wird auch die selektive Erhebungsproblematik angesprochen. Zum einen kam es durch die Erhebung durch Telefoninterviews zu Selektionen entlang der unterschiedlichen Kompetenz der zu Befragenden, auf Deutsch ein solches Telefoninterview zu führen. Zum anderen war „das Erhebungsinstrument primär auf die Bedürfnisse der deutschen Bevölkerung zugeschnitten“ (Krumme und Hoff 2004: 491). Ähnlich räumt auch der Freiwilligensurvey von 2009 ein, das Engagement von Migrantinnen und Migranten „durch das methodische Design nur ausschnittweise“ abgebildet zu haben (Gensicke und Geiss 2010b: 23).

In der Statistik der Bundesagentur für Arbeit wird in einer „Analyse des Arbeitsmarktes für Ausländer“ für das Jahr 2011 festgestellt, dass die höchste Arbeitslosenquote bei deutschen Männern zwischen 60 und 64 Jahren (10,4 Prozent) zu verzeichnen ist, während bei den Ausländern (!) die 55- bis 59-jährigen Frauen mit 20 Prozent die höchste Arbeitslosenquote erreichen. „Ältere ausländische Männer und Frauen haben rund doppelt so hohe Arbeitslosenquoten wie die gleichaltrigen deutschen Männer und Frauen“ (Schimany u. a. 2012: 151). Schimany u. a. (2012) vermuten, dass die höhere Arbeitslosigkeit der älteren Migrantinnen und Migranten auch Ausdruck ihrer eingeschränkten Möglichkeiten ist, vorzeitig aus dem Berufsleben auszuscheiden, etwa im Rahmen von Vorruhestandregelungen oder indem gesundheitliche Beeinträchtigungen anerkannt werden (ebd.). Somit sind gerade Männer und Frauen mit Migrationshintergrund – oder je nach statistischer Definition Ausländer – in den letzten Jahren vor Eintritt in das Rentenalter deutlich schlechter am Arbeitsmarkt positioniert und gelten als Risikogruppe für Altersarmut.

Dementsprechend sind in der Gruppe der Bezieherinnen und Bezieher von Renten Personen mit Migrationshintergrund mehr als doppelt so häufig von Armut betroffen als Personen ohne Migrationserfahrung. Ihr Alterseinkommen ist im Durchschnitt deutlich geringer als das der Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund. Die durchschnittliche GRV-Rente „einheimischer Berenteter in Höhe von 880 Euro im Monat“ (Schimany u. a. 2012: 183) ist um durchschnittlich 60 Euro höher als die der Rentenbeziehenden mit Migrationshintergrund. Der Anteil der ausländischen (!) Menschen, die Grundsicherung im Alter beziehen, an allen Ausländern, ist etwa sechs Mal so hoch wie der entsprechende Anteil der Deutschen. Deutliche Unterschiede zwischen Älteren mit und ohne Migrationshintergrund können bezogen auf das gesamte Haushaltseinkommen festgestellt werden (Schimany u. a. 2012: 198).

Zur Wohnsituation älterer Migrantinnen und Migranten zeigt eine Auswertung des Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) aus dem Jahr 2007, an dem 482 ältere Migrantinnen und Migranten teilnahmen, dass diese häufiger als ältere Menschen ohne Migrationserfahrung in Mietwohnungen leben (59 %) und dies vorwiegend in großstädtischen Ballungsräumen. Die Wohnungen der Rentnerinnen und Rentner mit Migrationsgeschichte sind im Schnitt etwa 10 m² kleiner als die Wohnungen Gleichaltriger ohne Migrationshintergrund (Schimany u. a. 2012: 176). Insbesondere die Zuwanderer, die als sogenannte Gastarbeiter nach Deutschland gekommen sind, leben am häufigsten in Miet- beziehungsweise Sozialwohnungen, die weniger gut ausgestattet sind als die Wohnungen der Menschen ohne Migrationshintergrund, und die sie sich mit durchschnittlich mehr Personen teilen. Auch über alle nach Herkunft und Status differenzierten Gruppen älterer Migrantinnen und Migranten hinweg kommen Frick u. a. (2009: 65f.) zu dem Ergebnis, dass ältere Zuwandererinnen und Zuwanderer in ihrer Wohnsituation benachteiligt sind.

„Diese Schlechterstellung in den ‚objektiven‘ Lebensbedingungen im Vergleich zu den älteren Deutschen findet ihren Ausdruck in einem insgesamt niedrigeren subjektiven Wohlbefinden“ (Krumme und Hoff 2004: 491). Studien zur Lebenssituation älterer „Menschen mit ausländischer Herkunft“ kommen insgesamt übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass ihre „Lebensumstände […] aufgrund ihrer Migrationsbiografie und der diskriminierenden Lebensumstände in der Ankunftsgesellschaft […] von geringerer Lebensqualität gekennzeichnet sind“ (Krumme und Hoff 2004: 459; vgl. auch Özcan und Seifert 2006: 39; ISG und WZB 2009: 164 ff.).

4.6.2.3 Soziale Netzwerke älterer Migrantinnen und Migranten

Die sozialen Netzwerke älterer Migrantinnen und Migranten sind für die Frage, welche Mitverantwortung die ältere Zuwanderergeneration für das Leben vor Ort trägt und wie sie das Leben vor Ort mitgestaltet, von großer Bedeutung. Die meisten älteren Migrantinnen und Migranten sind in relativ umfangreiche soziale Netzwerke eingebunden (Olbermann 2003; May 2014). Diese Netzwerke setzen sich meist aus Geselligkeitskontakten innerhalb der eigenen Ethnie zusammen; Netze, die auf „instrumentelle und emotionale Unterstützung“ (Olbermann 2003: 243) gerichtet sind, sind seltener. In einer standardisierten Befragung von älteren Migrantinnen und Migranten unterschiedlicher Herkunft in verschiedenen deutschen Städten konnten umfangreiche informelle soziale Netzwerke aufgespürt werden: Gut 80 Prozent der befragten Älteren war stark in – lokale bis transnationale – familiäre und nachbarschaftliche Netzwerke eingebunden (vgl. Alisch und May 2013: 42).

Deutlich abhängig von den strukturellen Gegebenheiten des Quartiers, sind nach May (2014) gerade die Netzwerke nachbarschaftlicher Unterstützung bei älteren Migrantinnen und Migranten. Es können Netzwerkformen älterer Migrantinnen und Migranten als Muster sozialer Praktiken nachgewiesen werden,

- die sich auf gemeinsame, für sich und für andere sinnvolle Aktivitäten beziehen (z. B. Reparaturarbeiten, Nähen, Kochen, Gärtnern etc.),
- die konkrete Sorgearbeit umfassen (unter anderem Unterstützung für andere hilfebedürftige Ältere; Versorgung von Enkelkindern, Sprach- und Kulturbildung für die Enkelgeneration), und
- die das Zusammenleben im Wohnquartier im Fokus haben (z. B. Vernetzung über soziale und kulturelle Stadtteilveranstaltungen, Flaneurs-Netzwerke mit oberflächlichen Kontakten).

Diese Netzwerke, sowie solche, die nicht mehr einem eher privaten, sondern einem halböffentlichen Typus von Vernetzung zuzuordnen sind, sind in ihrer Stabilität auch davon abhängig, dass Räume zur Umsetzung gemeinsam entwickelter Ideen und Interessen zur Verfügung stehen. Insbesondere solche Netzwerkformen, die zwar stärker formalisiert sind als Freundschaftsnetze, die aber auch nicht vereinsartig institutionalisiert sind, entstehen als „meist geschlechtshomogene peer-group in halböffentlichen Räumen der Gemeinwesen und/oder Migrationsarbeit“ (May 2014: 145). In einer Studie zur Stützung und Initiierung von Netzwerken der Selbsthilfe und Selbstorganisation älterer Migrantinnen und Migranten (AMIQUS) wurde herausgearbeitet, dass die Befragten auf verschiedene Arten und Weisen vernetzt sein konnten: Sie waren „in ein isoliertes, institutionalisiertes Netzwerk eingebunden“, sie waren „in spezieller peer-group und darüber mit anderen vernetzt“ oder sie waren „in spezieller Organisation und darüber mit anderen vernetzt. Nur 10 Prozent der Befragten war in isolierte institutionelle Netzwerke eingebunden, dagegen zeigten sich 35 Prozent beziehungsweise 25 Prozent der 800 befragten älteren Migrantinnen und Migranten der AMIQUS-Studie innerhalb von formalisierten Netzwerken (z. B. Kulturvereine) am dem Austausch mit autochthonen Älteren interessiert (May und Alisch 2013b). Die verschiedenen Vernetzungsformen älterer Migrantinnen und Migranten bieten somit unterschiedliche und zu spezifizierende Anknüpfungspunkte für kommunale alternspolitische Strategien, die auf gesellschaftliche Diversität ausgerichtet sind. Insbesondere die auf die Nachbarschaft beziehungsweise das Wohnquartier ausgerichteten Formen der Vernetzung können als Ausdruck von Teilhabe an der Gestaltung der sozialräumlichen Strukturen sowie als Möglichkeit des Zugangs zu bisher kaum erreichten Milieus verstanden werden. Dabei ist bei der Konzipierung entsprechender Formate der Bedürfnisartikulation und Partizipation auf Teilhabebarrieren wie Diskriminierung, Sprache, Scham oder prekäre Lebenslagen zu reagieren. Gleichzeitig sind die umfangreich vorhandenen informellen Unterstützungsnetzwerke älterer Zuwanderer stärker in den Blick zu nehmen. Die bestehenden Hilfsangebote und Unterstützungssysteme sollten für diese Formen von Selbstorganisation geöffnet werden.

4.6.2.4 Unterstützungsnetzwerke und Sorgearbeit älterer Migrantinnen und Migranten

Insbesondere die kommunale Politik schätzt Migrantinnen und Migranten häufig immer noch vor allem als Belastung ein und berücksichtigt wenig die dahinter liegenden strukturellen Zusammenhänge sozialer Ungleichheit (Walz 2010). Gleichzeitig gibt es bisher nur wenige Studien, in denen die soziale Praxis älterer Migrantinnen und Migranten, Sorgearbeit in Familie und Nachbarschaft zu leisten, untersucht wird.

In der Alltagsorganisation setzen ältere Migrantinnen und Migranten mit formal niedrigen Bildungsabschlüssen, deren Alltag ähnlich wie bei ihren autochthonen Gleichaltrigen eher von den Erfahrungen körperlicher Arbeit geprägt ist, auf Formen wechselseitiger Selbsthilfe auf der Grundlage von Solidarität und Vertrauen. Die Regulierungsformen eines Bedarfsausgleichs entwickeln sich entlang zwischenmenschlicher Beziehungen. Dies wirkt sich insbesondere auf die Organisation wechselseitiger Sorgeleistungen im Haushalt, der Versorgung von Kranken in der Familie und der Hilfe im Umgang mit Ämtern aus. Entsprechend bleiben diese Gruppierungen älterer Zuwanderer auch von den durch formalisierte Regularien geprägten Vereinen eher ausgegrenzt. Vielmehr sind sie eher durch auf Vertrauen und soziale Beziehungen basierenden Formaten der Mitgestaltung zu erreichen (Alisch und May 2013).

Eine Analyse des Ausmaßes von Sorge- beziehungsweise Unterstützungsleistungen älterer Migrantinnen und Migranten bei der Versorgung von Kranken in der Familie zeigt, dass gut 53 Prozent solche Unterstützung durch Freunde und Bekannte erhalten. Das Ausmaß solcher Unterstützungsformen ist abhängig von den sozialräumlichen Strukturen der Wohnquartiere. Es gibt sie weniger in Quartieren mit einer hohen Bevölkerungsfluktuation, wie sie zum Beispiel für innerstädtische, hoch verdichtete Wohnviertel typisch ist. Sie sind in Großwohnsiedlungen meist kleinräumiger organisiert und profitieren von bereits vorhandenen Infrastrukturen der Gemeinwesenarbeit (Fröba 2014).

Die Bedürfnisorientierungen älterer Migrantinnen und Migranten – insbesondere der älteren Frauen – zeigen sich in Projekten einer gemeinschaftlichen oder „solidarischen Selbstsorge“ (Keupp 2000: 252). Engagierte ältere Migrantinnen sind oft bereit, ihre im früheren Berufsleben erworbenen Kompetenzen sowie ihre zeitlichen und sozialen Ressourcen für die Teilhabe Anderer (insbesondere ihrer erwachsenen Kinder, Enkel oder Nachbarn) einzusetzen. Gerade die älteren Migrantinnen und Migranten, die ihre alltägliche Reproduktion und die ihrer Familie bisher nur im Rahmen eines informellen Sorgenetzwerkes auf Gegenseitigkeit gewährleisten konnten, sind für formellere Formen eines Engagements zum Beispiel in Vereinen kaum zu gewinnen. Hingegen scheinen nachbarschaftliche Hilfsnetzwerke selbstverständlich zum Alltag älterer Migrantinnen zu gehören (vgl. May und Alisch 2013a). Solche Netzwerke und entsprechende quartiersbezogene Projekte, in denen ältere Migrantinnen und Migranten ihre Bedürfnisse nach Gemeinschaft, nach Unterstützung und nach Mitgestaltung des Gemeinwesens artikulieren, sind Ausdruck von „Selbstsorge als gesellschaftliches Thema“ (Brückner 2012: 25), welches „kollektiv zu denken ist“ (ebd.). Die wechselseitigen, bisher im Gemeinwesen und von der lokalen Politik häufig unterschätzten oder übersehenen Unterstützungs- und Sorgeleistungen, stellen eine „Dienstleistungsarbeit“ dar, die „eine zentrale Voraussetzung für die Sicherung verlässlicher Strukturen des Alltagslebens“ sind (Keupp 2000: 248; vgl. auch Alisch 2014).

Die empirischen Befunde zur Bedeutung der Strukturen des jeweiligen Gemeinwesens beziehungsweise Wohnquartiers für die Ausbildung von gemeinschaftlichen Interessen und gemeinschaftlicher Selbstsorge bestätigen die Erfahrung und die Erkenntnis, dass die in der Sozialen Stadtentwicklung sowie der Gesundheitsförderung etablierten Quartiersansätze integrierten Handelns gerade in Bezug auf eine professionelle Arbeit mit und für ältere Migrantinnen und Migranten unverzichtbar sind. Es ist wichtig, für die bisher eher übersehenen informellen Engagementformen älterer Migrantinnen und Migranten eine lokale Öffentlichkeit zu schaffen und sie gezielt zu unterstützen. Insofern ist gerade in benachteiligten städtischen Quartieren nicht nur von Bedeutung, inwieweit die vorhandene Infrastruktur die jeweils individuellen Entwicklungsmöglichkeiten im Alltag stützt, sondern inwieweit Prozesse der Gemeinschaftsbildung oder des „Füreinander Sorgens“ mit einer entsprechenden Infrastrukturausstattung unterstützt werden können.

4.6.2.5 Barrieren der Ressourcenerschließung

Die Alltagsorganisation älterer Migrantinnen und Migranten in städtischen Wohnquartieren zeigt zum Teil dichte Netze informeller Selbsthilfe. Diese Selbsthilfenetze gegenseitiger Unterstützung stoßen jedoch insbesondere im Bereich von Gesundheit und Pflege an Grenzen und sind auf professionelle und institutionelle Unterstützung angewiesen.

Auch solche sozialen Netze, die sich an gemeinsamen Interessen orientieren, benötigen eigene, über das Private hinausgehende Orte beziehungsweise eine offene Infrastruktur (z. B. Werkstätten, Räume im Gemeinwesen).

Um bestehende Angebote (für ältere Menschen, für bewegungs-, kultur- oder gemeinschaftsorientierte Menschen) nutzen zu können, sind häufig individuelle Ressourcen notwendig, die vielen älteren Migrantinnen und Migranten nur begrenzt zur Verfügung stehen:

- Deutschkenntnisse,
- die Fähigkeit, mit administrativen Systemen (Förderanträge stellen, Informationswege kennen) umzugehen,
- finanzielle Ressourcen etwa für Teilnehmerbeiträge oder Busfahrkarten, um zu den entsprechenden Orten zu kommen (May und Alisch 2013a: 132).

Auch die speziell für Ältere oder für Migrantinnen und Migranten bereitgestellten Beratungsangebote setzen voraus, dass die Regelungen, wann, wo und wie solche Beratungen zu nutzen sind, bekannt sind und eingehalten werden. Die Verantwortung dafür, diese Beratungen in Anspruch nehmen zu können, wird damit der Zielgruppe selbst überlassen (Alisch 2012; May und Alisch 2013a).

Beratungsangebote sind mit Blick auf soziale Ungleichheiten zu überdenken, da auch hier nachweislich der Zugang für ältere Menschen mit Migrationserfahrungen schwierig ist. So nehmen diese nach wie vor Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe sowie ambulante und stationäre Angebote der Pflege weniger in Anspruch als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund und damit weniger als es ihrem eigentlichen Bedarf entsprechen würde. Dies deutet nicht allein auf die Ungleichheit im Zugang zu Informationen über entsprechende Angebote und Einrichtungen hin (vgl. Abschnitt 1.4.2 in diesem Bericht), sondern ist auch verknüpft mit den Erfahrungen von Diskriminierung, die ältere Migrantinnen und Migranten im Umgang mit Institutionen erlebt haben (Alisch 2012).

Die interkulturelle Öffnung sozialer Dienste muss diesen Erfahrungen und den sich daraus ableitenden eingeschränkten Teilhabechancen Rechnung tragen. Die umfangreichen, jedoch oft übersehenen informellen Netzwerke der älteren Zugewanderten sollten mit bestehenden Strukturen verknüpft werden. Aufforderungen an diese Gruppe, sich aus eigner Kraft in die bestehenden Einrichtungen zu integrieren und „sich dort ihren Platz selbst [zu] erkämpfen und damit die Institutionen [zu] verändern“ (May und Alisch 2013a: 133), verstärken die Exklusion älterer Migrantinnen und Migranten. Insbesondere ältere Migrantinnen und Migranten mit geringen finanziellen und kulturellen Ressourcen ziehen sich aufgrund von institutionellen Überforderungen schnell zurück, auch aus partizipativ angelegten Projektzusammenhängen.

Ältere Migrantinnen und Migranten haben häufig wenig Erfahrung damit, ihre Interessen und Bedürfnisse auch nur zu artikulieren. Die kommunale Politik steht deshalb vor der Aufgabe, Zugänge zu Ressourcen (Gesundheitssystem, Informationen, Infrastruktur) zu schaffen, die ungeübten und diskriminierten Bevölkerungsgruppen Partizipation ermöglichen. Es müssen geeignete Gelegenheiten zur Artikulation von Interessen geschaffen und in der Folge eine Verknüpfung solcher gemeinschaftlich formulierter Interessen älterer Migrantinnen und Migranten – aber auch anderen in ähnlicher Weise benachteiligten Milieus – mit den Routinen der kommunalen und lokalen Verwaltungen hergestellt werden.

4.6.3 Behindert alt werden[21]

In diesem Abschnitt liegt der Fokus der Diskussion auf den Lebenslagen älterer Menschen, deren Beeinträchtigung beziehungsweise Behinderung angeboren ist oder die eine Beeinträchtigung bereits relativ früh und nicht erst im fortgeschrittenen Alter erworben haben.

Die in Gesetzen und amtlichen Publikationen verwendete Terminologie ist uneinheitlich. Während „Behinderung“ im SGB IX und XI medizinisch (durch relative körperliche, sensorische, kognitive oder psychische Defizite) definiert ist, unterscheiden der Armuts- und Reichtumsbericht (BMAS 2013a) sowie der Teilhabebericht der Bundesregierung (BMAS 2013b) – in Anlehnung an die ICF und an das „soziale Modell der Behinderung“ der Disability Studies (Thomas 2004) – zwischen „Beeinträchtigung“ und „Behinderung“: „Liegt aufgrund von Besonderheiten von Körperfunktionen oder Körperstrukturen eine Einschränkung vor (…), wird dies als Beeinträchtigung bezeichnet. Erst wenn im Zusammenhang mit dieser Beeinträchtigung Teilhabe und Aktivitäten durch ungünstige Umweltfaktoren dauerhaft eingeschränkt werden, wird von Behinderung ausgegangen“ (BMAS 2013b: 7). Im Sinne einer Vereinheitlichung und einer klareren Unterscheidung zwischen Merkmalen der Person und Merkmalen äußerer Strukturen wäre es sinnvoll, die internationale Klassifikation zu übernehmen, die momentan jedoch nicht mit dem SGB kompatibel ist.

Als besonders relevant für die Lebenslagen älterer Menschen mit Beeinträchtigungen wurden spezifische gesundheitliche Risiken und Armutsrisiken identifiziert, aber auch Veränderungen in den sozialen Netzwerken und der Wohnsituation beim Übergang in den Ruhestand, sowie Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem. Neben verschiedenen Gesundheitsrisiken (vgl. Abschnitt 4.3.2.3 in diesem Bericht) stellt das Älterwerden – vor allem das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (gerade aus geschützten Arbeitsplätzen) eine Herausforderung für die Inklusion besonders von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen dar, da bei ihnen mit dem Arbeitsplatz stärker als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen soziale Netzwerke, Unterstützung der Tagesstruktur und Elemente täglicher Versorgung verbunden sind (Schäper und Graumann 2012).

Die Auseinandersetzung mit Fragen des Älterwerdens mit Beeinträchtigungen ist sozialpolitisch wie wissenschaftlich in Deutschland relativ jung, wird jedoch zukünftig von wachsender gesellschaftlicher Bedeutung sein. Es gibt verschiedene Szenarien für die künftige Entwicklung: Angesichts des medizinischen und sozialen Fortschritts dürften Menschen, die mit einer Beeinträchtigung leben, auch künftig an der allgemein steigenden Lebenserwartung teilhaben; zudem wird sich die Überlebenswahrscheinlichkeit bei bestimmten Beeinträchtigungen, zum Beispiel bei Infantiler Zerebralparese nach Frühgeburt, weiter erhöhen. Andererseits geht von neuen diagnostischen Möglichkeiten und ihrer zunehmend selbstverständlichen Verwendung in der ärztlichen Praxis der Druck aus, Schwangerschaften bei vermuteter Beeinträchtigung des späteren Kindes abzubrechen. Die langfristigen Auswirkungen dieser Entwicklungen sind derzeit kaum einschätzbar.

---

[21] Der hier folgende Absatz gibt Teile der für die Altenberichtskommission verfassten unveröffentlichten Expertise „Behindert alt werden – spezifische Lebenslagen und Bedarfe“ von Michel Zander (2014) wieder. Dabei wechseln sich wörtliche Wiedergaben mit zusammenfassenden Formulierungen ab.

Im Folgenden werden die verfügbaren Befunde über die Lebenslagen der Menschen mit einer Behinderung beziehungsweise Beeinträchtigung dargestellt. Dabei geht es vor allem um den Übergang ins Rentenalter, der bei Personen mit Behinderung in Bezug auf Erwerbsarbeit, Wohnsituation, Gesundheit und soziale Netzwerke den Alltag weit deutlicher verändert als bei gleichaltrigen Personen ohne Behinderungen.

4.6.3.1 Alter, Behinderung und soziale Ungleichheit

Im Teilhabebericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) wird an verschiedenen Stellen betont, dass die Datenlage über die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen (aller Altersgruppen) unzureichend ist. So gebe es derzeit „keine Informationen darüber, […], ob Beeinträchtigungen seit der Geburt oder der frühen Kindheit vorliegen oder erst später durch Unfall oder Krankheit erworben werden“ (BMAS 2013b). Bezogen auf die Lebenslage und die Teilhabechancen wäre diese Unterscheidung zwischen „alt werden mit Beeinträchtigungen“ und „im Alter von Beeinträchtigungen betroffen werden“ relevant, „da der Zeitpunkt des Auftretens einer Beeinträchtigung einen wesentlichen Einfluss darauf hat, welche individuellen Ressourcen zu ihrer Kompensation vorliegen“ (ebd.: 403f.). Auch im „World Report on Disability” wird der Eintrittszeitpunkt von Beeinträchtigungen nicht berücksichtigt, sondern lediglich festgehalten, dass mit steigendem Alter das Risiko für eine Beeinträchtigung zunimmt (WHO und The World Bank 2011: 34ff.).

Zudem stellt der Teilhabebericht fest, dass es auch über „die besonderen Bedürfnisse und Lebenslagen von […] Menschen, die mit einer Beeinträchtigung alt werden, […] nur wenige empirische Informationen“ gibt (BMAS 2013b: 367). Spezifische Studien zu betroffenen Personen, die in Privathaushalten leben, liegen aktuell nicht vor (ebd.: 369). Als mangelhaft gelten auch Daten zum Zusammenhang von Alter, Behinderung und Migrationsgeschichte (ebd.: 403). Aufgeschlüsselt werden lediglich – und unabhängig voneinander – die Ursachen der Beeinträchtigung sowie die Altersstruktur des Personenkreises, der von einer anerkannten Beeinträchtigung betroffen ist. Problematisch für eine Einschätzung des kommunalen Unterstützungsbedarfs für ältere Menschen mit Beeinträchtigung ist auch, dass die offizielle Schwerbehindertenstatistik und die Pflegestatistik getrennt voneinander geführt werden. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass alle Schwerbehinderten einen Hilfe- oder Pflegebedarf haben – schließlich ist Schwerbehinderung durch ein hohes Maß an Funktionseinschränkungen definiert – , gibt die entsprechende Statistik nicht differenziert Auskunft darüber.

In Bezug auf die Wohnsituation von Menschen, die mit Beeinträchtigungen alt geworden sind, verzeichnet der Teilhabebericht 206.000 Leistungsberechtigte im stationär betreuten Wohnen – aber auch von einer „Lücke“ in den Daten, die „mit den aktuell verfügbaren Erhebungen nicht geschlossen werden“ könne (BMAS 2013b: 53). Wie viele lebenslang beeinträchtigte Menschen bei der eigenen Herkunftsfamilie leben, ist unbekannt; Schätzungen gehen von 70.000 (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009: 32) beziehungsweise 50.000 (Köhncke 2012: 33) Personen aus, die mehrheitlich zwischen 40 und 60 Jahre alt sind.

Auch die Unsicherheiten der Szenarien über die Entwicklungen bezüglich der Personengruppe älterer Menschen mit Beeinträchtigungen beruhen nicht zuletzt auf Unsicherheiten der Informationslage. Immer wieder wird in der Literatur konstatiert oder beklagt, dass Daten etwa zum Armutsrisiko bei Beeinträchtigungen (BMAS 2013a), zur finanziellen Situation von in Heimen wohnenden Menschen (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009: 27), zur Zahl der Menschen mit täglichem Hilfebedarf (ebd.: 29), zum Eintrittszeitpunkt einer Beeinträchtigung im Lebenslauf, zu Migrationshintergründen (BMAS 2013b) oder auch zu vergleichsweise speziellen Themen wie dem Gesundheitszustand von contergangeschädigten Frauen und Männern (Enns u. a. 2009) fehlen. Kritisiert werden in diesem Zusammenhang die zum Teil uneinheitlichen und die Beeinträchtigungen homogenisierenden Kategorien der amtlichen Schwerbehinderten-Statistik, gefordert wird stattdessen eine differenzierte Diagnostik auf Grundlage der ICF (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009: 16ff.).

Im Jahr 2011 lebten in der Bundesrepublik rund 7,3 Mio. Menschen mit einer Schwerbehinderung, verfügten also über einen (nach § 2 SGB IX) anerkannten Grad der Behinderung von mindestens 50 Prozent (zu deren Altersstruktur siehe unten). Nur bei 4,1 Prozent der Personen war die Beeinträchtigung angeboren[22]. 2,5 Prozent der

[22] Zu den häufigsten angeborenen Behinderungen gehören Trisomie 21 (Down-Syndrom), die Infantile Zerebralparese (die mit kognitiven Beeinträchtigungen einhergehen kann – jedes vierte Kind mit ICP hat eine Intelligenzminderung, deren Ausmaß jeweils verschieden ausfallen kann), Neuralrohrdefekte (Spina bifida) und autistische Störungen (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009: 22f.).

Beeinträchtigungen entstanden durch Unfälle, Berufskrankheiten und Kriegsverletzungen. Der größte Anteil von 83,4 Prozent geht auf Krankheiten zurück (Statistisches Bundesamt 2013: 5).

Tendenziell nimmt die Bedeutung von psychischen oder „seelischen" Beeinträchtigungen (auch im Sinne des § 2 SGB IX) quantitativ zu, je nach Studie gemessen an der Zunahme stationärer Behandlungen, der Verordnung von Antidepressiva oder dem Anteil von Arbeitsunfähigkeitsfällen aufgrund psychischer Erkrankungen (ISB 2008, Berichtsteil A: 101f.). Ob es eine tatsächliche Zunahme psychischer Beeinträchtigungen oder eine größere Aufmerksamkeit und verbesserte Diagnostik gibt, ist umstritten (Jacobi 2009).

Rund 29 Prozent der Menschen mit anerkannten Beeinträchtigungen sind älter als 75 Jahre, zwischen 55 und 75 Jahren sind es circa 46 Prozent, der Anteil der unter 25-Jährigen beträgt 4 Prozent; 55,7 Prozent der Frauen mit Beeinträchtigungen und 51,1 Prozent der Männer mit Beeinträchtigungen ist älter als 65 Jahre (vgl. Statistisches Bundesamt 2013: 5).

Etwa eine Mio. Menschen mit anerkannten Beeinträchtigungen gehen einer regulären sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach, knapp 298.000 arbeiten in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) (BMAS 2013a: 237f.) Nach Renteneintritt erhalten Beschäftigte, die 20 Jahre oder mehr in einer Werkstatt für behinderte Menschen gearbeitet haben, eine Erwerbsminderungsrente in Höhe von 80 Prozent der Rente eines durchschnittlichen Arbeitnehmers (§ 162 SGB VI) und damit über der Grundsicherung und über der offiziellen Armutsgrenze. Allerdings beträgt ihr regelmäßiges Arbeitseinkommen bei mindestens 35 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit durchschnittlich nur 160 Euro (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009: 27). Die Erwerbslosenquote der 25- bis 45-jährigen Menschen mit Beeinträchtigungen liegt bei 10,3 Prozent (Menschen ohne Beeinträchtigungen: 7,4 Prozent) (BMAS 2013a: 238f.). Die Erwerbsquote von Menschen mit Beeinträchtigungen sinkt im Alter von 55 bis 60 Jahren auf 50 Prozent, danach auf 20 Prozent (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009: 14). Dies hat bedeutende Folgen für die individuelle Lebenslage im Alter.

Statt Erwerbsminderungsrenten erhält eine größere Zahl von Menschen mit anerkannten Beeinträchtigungen reguläre Altersrenten, „entweder weil sie nicht als schwerbehindert anerkannt sind, oder weil sie die für den Bezug von Altersrente für Schwerbehinderte[23] gültige Voraussetzung von mindestens 35 Versicherungsjahren nicht erfüllen" (BMAS 2013b). Diese Personen sind daher besonders von Altersarmut bedroht (ebd.: 154). Insgesamt erhalten 56 Prozent aller Schwerbehinderten eine Regelaltersrente von weniger als 500 Euro im Monat, weitere 27 Prozent müssen mit einem Betrag zwischen 500 bis unter 1.000 Euro monatlich auskommen (ebd.: 155). Deutlich mehr Menschen mit Beeinträchtigungen als ohne Beeinträchtigungen in der Altersgruppe zwischen 65 und 79 Jahren machen sich berechtigte Sorgen über ihre ökonomische Zukunft (20 % gegenüber 12 %) (BMAS 2013b: 182).

4.6.3.2 Soziale Netze, Alter und Beeinträchtigungen

Menschen mit Beeinträchtigungen mittleren Alters sind mit höherer Wahrscheinlichkeit als Menschen ohne Beeinträchtigungen ledig. Von den Menschen mit Beeinträchtigungen, die außerhalb von Institutionen leben, wohnt fast jede dritte Person allein (Pfaff 2012); in der Gesamtbevölkerung ist es jede Fünfte (Statistisches Bundesamt 2012: 7). In der ersten Lebenshälfte sind Männer mit Beeinträchtigungen seltener verheiratet als Frauen mit Beeinträchtigungen, mit zunehmendem Alter kehrt sich das Verhältnis jedoch um. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Frauen mit Beeinträchtigungen öfter von ihrem Partner verlassen werden als Frauen ohne Beeinträchtigungen (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009: 18). Jeder fünfte Mann mit Beeinträchtigungen im Alter von über 70 Jahren lebt allein, bei Frauen ist dies doppelt so häufig (Pfaff 2012). Informelle Hilfen für Menschen mit Beeinträchtigungen in ambulanten und stationären Einrichtungen werden von Angehörigen, insbesondere den Eltern, erbracht.

Driller u. a. (2008) führten eine Vollerhebung in sechs Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen in verschiedenen Bundesländern durch und befragten Menschen mit Beeinträchtigungen (n=473), Angehörige (n=130), gesetzliche Betreuer (n=64) und pädagogische Mitarbeiter (n=175) zur Inanspruchnahme sozialer Netzwerke („INA-Studie") von Heimbewohnerinnen und -bewohnern mit geistigen Beeinträchtigungen. Die Studie zeigt, dass es „Menschen, die mit Behinderung altern […], nicht möglich [ist], eine eigene Familie aufzubauen (Driller u. a.: 2008: 114f.). Von den befragten Angehörigen und gesetzlichen Betreuern wird angegeben, dass

[23] Nach § 236a SGB VI; es handelt sich um Rente, die unter der oben genannten Voraussetzung auch vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze gezahlt wird.

lediglich 10,6 Prozent der Heimbewohnerschaft eine feste Partnerschaft hätten (ebd.: 114f.). Etwa 15 Prozent der befragten Menschen mit Beeinträchtigungen verfügten nur über ein sehr kleines soziales Netzwerk. Schäper u. a. (2010) betonen, dass es im Alter zu einem Abbau familiärer Unterstützung und zur Ausdünnung sozialer Netzwerke kommt und sprechen von einer „Singularisierung im Alter […] bei Menschen mit einer geistigen Behinderung“ (Schäper u. a. 2010: 35). Von daher verwundert es nicht, wenn älter werdende Heimbewohnerinnen und -bewohner mit geistigen Beeinträchtigungen in Befragungen angeben, eher sorgenvoll in die Zukunft zu blicken (vgl. Schäper u. a. 2010: 27).

Ist die Berentung generell ein potenziell „kritisches Lebensereignis“, sehen sich viele Menschen mit geistigen und mehrfachen Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, oft vor besonderen Schwierigkeiten: Mangels der Möglichkeit einer eigenen Familiengründung, ist das für sie verfügbare Rollenspektrum ohnehin schon reduziert (Wacker u. a. 1998). Hinzu kommt der Verlust von Tagesstruktur und bisherigen sozialen Kontakten. Menschen mit Lernschwierigkeiten, die bisher etwa in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig waren, trifft dies besonders. Nötig sind daher Maßnahmen, die auf den Ruhestand vorbereiten und zum Beispiel die (Wieder-)Entdeckung von Hobbys und Freizeitaktivitäten fördern. Wichtig ist es auch, zusätzliche tagesstrukturierende Angebote als freiwillige Anlaufstellen für Menschen mit Lernschwierigkeiten zu etablieren (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009: 34f.). Als Kriterien „guter Praxis“ für die Gestaltung des Übergangs in den Ruhestand werden genannt: Rahmenbedingungen, die die „Souveränität“ von Menschen mit Beeinträchtigungen ermöglichen; Begleitung als „Coaching“; Koordinierung verschiedener Angebote; Öffnung der Einrichtungen der Behindertenhilfe (Roters-Möller 2011: 68; Mair 2012, Mair und Hollander 2006).

4.6.3.3 Behindert alt werden und Wohnen

Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009) hat verschiedene Szenarien für die zahlenmäßige Entwicklung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern, ambulant betreut Wohnenden und von WfbM-Beschäftigten vorgelegt. Ein Szenario geht davon aus, dass die Zahl der Heimbewohnerinnen und -bewohner bis zum Jahr 2026 auf 152.000 sinkt, wenn der Anteil an den unter 50-Jährigen gleichbleibt und 25.000 Personen in ambulante Wohnformen wechseln (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009: 46). Im Rahmen einer Untersuchung für den Kreis Westfalen-Lippe wird geschätzt, dass in ambulanten Wohnformen für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen der Anteil der über 60-Jährigen bis 2030 von 7 auf 36 Prozent steigen wird (Dieckmann u. a. 2010: 48). Dabei wurden allerdings die Wohnwünsche und Lebenspläne der Betroffenen selbst nicht berücksichtigt. Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009: 26) hat dazu ermittelt, dass Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin zusammen wohnen möchten (über 40 %) – oder im sogenannten ambulant betreuten Wohnen (über 20 %), in einer WG oder allein (beides zwischen 15 und 20 %).

Mit zunehmendem Alter steigt für Menschen, die in einer Einrichtung leben, der individuelle Hilfebedarf und damit das Risiko, die bisherige Wohnumgebung verlassen zu müssen. Ein Umzug aus einer Institution in ein Altersheim bedeutet häufig eine Verschlechterung für die Betroffenen, da Hilfeeinrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen wenig Erfahrung im Umgang mit Älteren mit Beeinträchtigungen haben und die Ausstattung und Organisation oft nicht auf deren Bedürfnisse eingestellt sind. Wohnheime und -gruppen sind häufig auf die jüngeren Werkstattbeschäftigten eingestellt und haben tagsüber kaum Angebote und Personal, um Ältere zu umsorgen. Wenn die älteren Wohnheimbewohnerinnen und -bewohner unter anderem deshalb in ein Altenheim umziehen müssen, bedeutet dies einen Verlust an Lebensqualität: Die Pflegesätze fallen bescheidener aus und weniger Personal muss für mehr Personen sorgen. Menschen mit einer Beeinträchtigung oder einer Behinderung können häufig nicht weiter in der Behinderteneinrichtung versorgt werden. Der Grund dafür liegt an der Schnittstelle von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung: „Letztere erkennt das Behindertenheim nicht als Häuslichkeit an, in der sie ambulante Pflege finanzieren würde. Tatsächlich leisten ja auch Behinderteneinrichtungen Pflege – die Pflegeversicherung trägt aber höchstens 256 Euro monatlich dazu bei, den Rest trägt das Sozialamt in Form von Eingliederungshilfe“ (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009: 31).

Die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung ist eine wichtige Stellschraube, um auch Menschen mit Beeinträchtigungen ein angemessenes Leben im Alter zu ermöglichen und ihre Verwirklichungschancen zu erhalten. Aber auch eine auf kommunaler Ebene angesiedelte Vernetzung von Altenarbeit, konventi-

oneller Behindertenhilfe, Behindertenwerkstätten und auch den Hausärzten, die für Männer und Frauen mit Beeinträchtigungen oft zentrale Vertrauenspersonen darstellen, würden dazu beitragen, die Selbstbestimmtheit von Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter zu ermöglichen.

4.6.4 Gleichgeschlechtlich liebende Frauen und Männer[24]

Gegenwärtig ältere Generationen von Lesben und Schwulen lassen sich in Anlehnung an die Altersbegriffe von Pohlmann (2001) in drei Gruppen unterscheiden. Erstens ist dies die Gruppe der Lesben und Schwulen im „reifen Erwachsenenalter“ (etwa ab 50 bis 55 Jahren). Diese Generation wurde mit der einsetzenden Liberalisierung der gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse der 1968er Bewegungen sozialisiert. Zweitens gibt es die Generation im „dritten Lebensalter“ (ab 60 bis 65 Jahren). In dieser Gruppe sind diejenigen zu finden, die sich die gesellschaftliche Akzeptanz erkämpft haben. Sie haben die sozialen Bewegungen der 1960er Jahre und damit die maßgeblichen Veränderungen der Entkriminalisierung von Homosexualität und der Emanzipation Homosexueller miterlebt oder aktiv gestaltet. Lesben und Schwule im „dritten Lebensalter“ sind die mittelfristigen Nutzerinnen und Nutzer der Altenhilfe und -pflege. Sie sind die erste Generation, innerhalb derer viele ihre sexuelle Orientierung weitgehend offen leben und die Anforderungen an eine lebensweltakzeptierende soziale Teilhabe im Alter stellt. Drittens gibt es eine Generation von Lesben und Schwulen im „vierten Lebensalter“. Diese Menschen konnten, falls überhaupt, nur unter widrigen Bedingungen zu einer gleichgeschlechtlichen sexuellen Identität finden. Diese drei Gruppen sind keinesfalls als homogene Gruppen zu sehen, da eine Einteilung in Geburtskohorten den individuellen soziohistorischen Entwicklungen nicht gerecht werden kann. Vielmehr handelt es sich um Identitätskohorten, die in unterschiedliche gesellschaftliche Homosexualitätsdiskurse hineingeboren und von diesen geprägt wurden (Rosenfeld 1999: 138).

4.6.4.1 Geschichte schwulen und lesbischen Lebens in Deutschland nach der Verfolgungszeit des Nationalsozialismus

In ihrer Rolle als Rechtsnachfolgerin des NS-Staates übernahm die Bundesrepublik Deutschland die durch die Nationalsozialisten verschärfte Form des § 175 StGB. Zwischen 1945 und 1969 wurden in der Bundesrepublik mehr Urteile (ca. 64.000) auf der Grundlage des § 175 StGB gesprochen als zwischen 1933 und 1945. Einflussreiche Akteure waren die beiden großen Kirchen, welche einvernehmlich gleichgeschlechtliche „Unzucht“ verurteilten (Stümke 1989: 132ff.). Erst nach einer Reform des § 175 StGB im Jahr 1969 waren homosexuelle Handlungen unter erwachsenen Männern straffrei (Stümke 1989: 152). In der DDR wurde die Verschärfung des § 175 von 1935 für nationalsozialistisch erklärt; man kehrte zur ursprünglichen Version von 1871 zurück. In der DDR wurden etwa 1.300 Urteile auf der Grundlage des § 175 gesprochen (Grau 2011: 55). 1968 wurde der § 175 in der DDR vollständig gestrichen. Eine endgültige Abschaffung des Paragrafen erfolgte 1994 im Zuge der notwendigen Gesetzesangleichungen der ehemals beiden deutschen Staaten.

Durch Kriminalisierung und Verfolgung wurden Millionen homosexueller Männer an der freien Entfaltung ihrer Persönlichkeit gehindert und zu einem Leben in Angst gezwungen. Ihre bürgerliche Existenz konnte bereits durch den Verdacht einer Homosexualität zerstört werden (Hoffschildt 2002: 147; Krell 2014: 178).

In beiden deutschen Staaten gab es für schwule Männer Orte für anonymen Sex, wo Sexualität unter Männern im Verborgenen stattfinden konnte. In Lokalitäten wie Bars und Schwulenkneipen waren polizeiliche Razzien an der Tagesordnung. Die Polizei führte geheime Listen mit Verdachtsfällen, sogenannten „Rosa Listen“ (Stümke 1989: 144). Trotz widriger Bedingungen gelang es homosexuellen Männern auch in dieser Zeit, ein schwules Leben zu leben. Ein Betroffener aus dieser Zeit dazu: „Wir wollten Leben, und das wollten wir genießen. Wir wollten tanzen, lachen, flirten. Wir wollten uns verlieben und miteinander Sex haben“ (Bruns 1997: 86). Einige Schwule lernten im Verborgenen, wenigstens ansatzweise ihr Leben zu leben. Viele verbergen jedoch ihre Homosexualität zum Teil bis heute.

Gegen Lesben wurde in der BRD niemals direkt durch den Staat vorgegangen. Das politisch gewollte und gesellschaftlich getragene Frauenbild der 1950er und 1960er Jahre schrieb allerdings die Rolle als Ehefrau, Hausfrau

[24] Dieser Absatz gibt Teile der im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission verfassten Expertise „Lebenslagen, Partizipation und gesundheitlich-/pflegerische Versorgung älterer Lesben und Schwuler in Deutschland“ (Gerlach und Schupp 2014) wieder. Dabei wechseln sich wörtliche Wiedergaben mit zusammenfassenden Formulierungen ab.

und Mutter vor (Beyer 1995: 14) und marginalisierte ledige sowie auch lesbische Frauen (Plötz 1999: 50ff.). Eingeschränkte Bildungsmöglichkeiten von Frauen erschwerte die wirtschaftliche Existenz von alleinstehenden und damit auch von lesbischen Frauen, zusätzlich aufgrund geringerer Löhne (Beyer 1995: 17f.).

In der DDR hatten Frauen eher die Chance einer eigenständigen materiellen Versorgung. Ihre berufliche Förderung, wie beispielsweise Frauenförderpläne und Frauenstudien, einhergehend mit bereits frühkindlicher Kinderbetreuung (Schenk 2008: 36), eröffnete Frauen in der DDR eine wenn auch nicht völlig gleichberechtigte berufliche Partizipation bis in Leitungspositionen (Höll 2013: 18). Die gesellschaftliche Norm war die heterosexuelle berufstätige Frau und Mutter. Frauen, die von diesem Bild abwichen, also auch lesbische Frauen, waren hingegen gesellschaftlicher Ablehnung und Diskriminierung ausgesetzt (Schenk 2008: 38).

Relevante Veränderungen traten in beiden deutschen Staaten erst mit den sozialen Bewegungen um 1968 ein. In der DDR konnte sich in den 1980er Jahren unter dem Dach der evangelischen Kirche erstmals eine Bewegung von Lesben und Schwulen etablieren (Kleres 2000: 53f.). In beiden deutschen Staaten entstand ein neues Selbstbewusstsein von Lesben und Schwulen.

Mit der Aids-Krise der 1980er und 1990er Jahre wurden die Erfolge der Emanzipation erneut bedroht. Schwule Männer mit und ohne HIV verloren viele ihrer Bekannten, Freunde und Partner. Die medizinische Pathologisierung, drohende Kriminalisierung homosexueller Männer und die Bedrohung durch die Krankheit selbst wurden zum Motor einer beispiellosen Selbsthilfebewegung (Bochow 2013: 41ff.), aus der unter anderem die Aidshilfen hervorgingen. Erschwerend wirkte in den ersten Jahren die erneute Diskriminierung durch Bezeichnungen wie „Schwulenseuche". Schwule Männer mit HIV erleben bis in die heutige Zeit eine doppelte Stigmatisierung als schwul und als HIV-positiv.

4.6.4.2 Mangelhafte Datenlage

Erste Forschungsarbeiten widmeten sich in Deutschland seit den 1990er Jahren dem lesbischen und schwulen Alter(n). Insgesamt ist jedoch das Wissen über das Alter(n) von Homosexuellen lückenhaft.

Aussagekraft und Repräsentativität von Studienergebnissen der Homosexuellenforschung sind insgesamt begrenzt: Weltweit, so auch in Deutschland, liegen keine gesicherten Daten über die Anzahl von homosexuellen Menschen und ihre soziale, altersmäßige und weitere Zusammensetzung in der Gesellschaft vor (Dannecker und Reiche 1974: 11; Bochow 1998: 332). Hinzu kommt die Definitionsschwierigkeit von Homosexualität und ihren Übergängen zur Bi- und Heterosexualität. Vorhandene Studien weisen einen Selektionsbias durch die Teilnahme fast ausschließlich weißer Menschen der Mittelschicht mit hohen Bildungsabschlüssen und aus vorwiegend städtischen Gebieten auf, die ihre Homosexualität eher offen leben (Schmauch und Braukmann 2007: 23; Bochow 1997: 34; Berger und Kelly2001: 64).

Auch in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung der deutschsprachigen Gerontosoziologie, Gerontopsychologie und Pflegewissenschaft wurden die sexuelle Orientierung als Identitätsmerkmal eines Menschen (soziale Kategorie) und damit homosexuelle Lebensformen bisher weitgehend ignoriert (Krell 2014: 9; Lenz u. a. 2012: 32; Brill u. a. 2008: 116; Hokema und Wille 2007: 1; Reimann und Lasch 2006: 14; Gerlach 2001: 44).

Bezüglich qualitativer Forschung zu den Lebenssituationen schwuler und lesbischer älterer Menschen wird (neben einigen wissenschaftlichen Qualifizierungsarbeiten) auf Forschungsarbeiten von Bochow (2005) und Plötz (2006) verwiesen, die sich explizit auf Lebenssituationen von 30 Schwulen beziehungsweise 21 Lesben in der dritten Lebensphase (ab 55 Jahren) beziehen, sowie von Krell (2014), die 53 homosexuelle Identitäten zwischen 18 und 73 Jahren hinsichtlich deren Altersbilder untersuchte.

Die nachfolgenden Beschreibungen beziehen sich also auf eine überschaubare Zahl bisher erschienener Studien und können keine Allgemeingültigkeit beanspruchen.

4.6.4.3 Materielle Lage

Materielle Lebenslagen von älteren Schwulen und Lesben divergieren ähnlich wie die in der Gesamtbevölkerung. Allerdings scheinen ältere Lesben vor dem Hintergrund genderbasierter und spezifischer Benachteiligung (insbesondere bis in die 1970er Jahre) bezüglich der Höhe ihrer Renten, resultierend aus ungleichen Löhnen, analog zu heterosexuellen alleinstehenden Frauen benachteiligt und vermutlich besonders häufig von Armut betroffen (Radvan 2000: 55f.; Plötz 2006: 111f.). Bei älteren Schwulen besteht ein zusätzliches Armutsrisiko (zusätzlich zu

allgemeiner Diskriminierung) durch langjährige HIV-Infektionen, die nicht selten zu früher Erwerbsunfähigkeit und daraus resultierenden geringen Altersbezügen auch bei Männern mit (über)durchschnittlicher (Aus-)Bildung führen.

4.6.4.4 Psychosoziale Belastungen: Diskriminierung, Stigmabewältigung, Coming-Out-Problematik

Etliche Autorinnen und Autoren verweisen auf die Bedeutung des Coming-Out und des Stigma-managements von homosexuellen Frauen und Männern für die Zufriedenheit mit der eigenen Lebensphase im dritten beziehungsweise vierten Lebensalter (Bochow 2005: 339; Gille 2003: 79f.; Wangerin 2008: 197), weil damit eine offene schwule beziehungsweise lesbische Lebensweise und somit die eigene Selbstakzeptanz verbunden sind (Plötz 2006: 21; Wortmann 2005: 96). Je nach individuellem Lebensverlauf und sozialem Umfeld erschließen sich unterschiedliche Möglichkeiten und Begrenzungen dafür, im Alter anders als nach den (hetero-)normativen Vorgaben der Gesellschaft zu leben (Plötz 2006: 219f.). Die gesellschaftliche Tabuisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung von Homosexualität sowohl in der DDR als auch in der BRD haben selbstbewusste homosexuelle Identitätsentwicklungen blockiert und zu Brüchen innerhalb der Lebenswege geführt. In allen Biografien der in aktuellen Studien befragten älteren Lesben und Schwulen fanden sich unterschiedliche, teilweise intensive Diskriminierungserfahrungen aus dem Jugend- und/oder Erwachsenenalter (Schmauch und Braukmann 2007). Gleichfalls spiegeln sich in den Biografien etlicher Befragter aber auch die gesellschaftlichen Liberalisierungsprozesse als Unabhängigkeit, Selbstständigkeit und Aktivität positiv wider (für lesbische Frauen vgl. Radvan 2001: 10). Für etliche Homosexuelle wirken sich allerdings die durch das Stigma der Homosexualität bedingten Belastungen mit steigendem Alter aus, sodass von einer Einschränkung ihres Aktivitätsrahmens auszugehen ist. „Lesbisch und alt“ sowie „schwul und alt“ stellen eine zwei- bis mehrfache Stereotypisierung dar, welche mit intersektionalen Diskriminierungserfahrungen einhergeht, so beispielsweise auf Seiten der homosexuellen Frauen gesamtgesellschaftlich durch ihre Geschlechtszugehörigkeit und auf Seiten der älteren homosexuellen Männer hinsichtlich ihres Alters in der schwulen Subkultur. Ältere Schwule suchen sich häufig soziale Räume unter Gleichgesinnten und vermeiden nach Möglichkeit Abhängigkeitsverhältnisse zu Dritten – insbesondere der Altenhilfe. Negative Altersbilder (eigene Ängste und Befürchtungen gegenüber dem Alternsprozess) und vulnerable Identitätsverläufe lassen sich nach Krell durch Maßnahmen erkennbarer sozialer Anerkennung, der sozialen Kontaktpflege und des Vertrauensaufbaus perspektivisch abbauen (Krell 2014: 401).

4.6.4.5 Partnerschaft, soziale Netzwerke, Unterstützung im Alter

Für ältere Schwule und Lesben sind Partnerschaften hoch relevant. Dabei haben viele von den heute über 50-Jährigen noch in einer heterosexuellen Ehe gelebt.[25] Eine heterosexuelle Ehe mit geschlechtsbezogenen Rollen- und Arbeitsteilungen wurde von vielen als unausweichlich erlebt (Essmann, 1987: 49 und 86; Bochow 2005: 328; Plötz 2006: 131 und 222). Im fortgeschrittenen Alter leben viele in stabilen homosexuellen Partnerschaften; in den (nicht repräsentativen) Studien waren es mehr als die Hälfte. Eingetragene Lebenspartnerschaften nehmen zu; sie scheinen durch rechtliche Verbesserungen attraktiv geworden zu sein.

Während die Herkunftsfamilien kaum noch als relevant erscheinen, spielen im Leben älterer schwuler Männer leibliche Kinder sowie weitere Familienangehörige (Geschwister, Cousins und Cousinen) offenbar häufiger eine wichtige und positive Rolle als bei älteren lesbischen Frauen, die anscheinend seltener Akzeptanz bei ihren Kindern genießen (Bochow 2005: 328ff.; Plötz 2006: 222). Jenseits von Partnerschaft und Familienbeziehungen bilden „Wahlverwandtschaften“ wichtige soziale Netzwerke. Bei älteren Lesben scheinen diese zu einem großen Teil aus Freundinnen zu bestehen, mit denen mehr oder weniger regelmäßiger Kontakt gepflegt wird; zu einem geringeren Teil spielen dabei organisierte Netzwerke lesbischer Frauen eine Rolle.[26] Schwule ältere Männer haben häufiger zum Teil auch enge soziale Netzwerke aus schwulen und heterosexuellen Freunden und Freundinnen (Bochow 2005: 330f.). Bei älteren Schwulen und Lesben ergaben sich aus den qualitativen wie (nicht repräsentativen) quantitativen Studien Anhaltspunkte dafür, dass die Qualität und Reichweite ihrer Netzwerke wie der zur

[25] Beispielsweise 45 Prozent der von Schmauch und Braukmann (2007) befragten Lesben; 37 Prozent von ihnen hatten Kinder.

[26] Beispielsweise bei einem Viertel der 244 von Plathner (2013) befragten älteren Lesben.

Verfügung stehenden Hilfe und Unterstützung zum einen mit dem Grad der Selbstakzeptanz und einem gelungenen Coming-Out, zum anderen mit dem individuellen sozioökonomischen Status zusammenhängen (die ihrerseits nicht unabhängig voneinander zu sehen sind).

Ähnlich wie heterosexuelle ältere Menschen bevorzugen auch homosexuelle ältere Menschen die eigene Wohnung als Wohnort. Für den Fall eines Unterstützungsbedarfs gibt es bei homosexuellen älteren Menschen allerdings einen häufigeren Wunsch nach Hausgemeinschaften mit Freundinnen oder Freunden, der allerdings bis dato selten realisiert wird (Schmauch und Braukmann 2007: 63).

Für die Inanspruchnahme ambulanter pflegerischer Dienste wünschen sich befragte Lesben und Schwule Dienste, die ihr Angebot auf die Lebens- und Bedürfnislagen von Lesben und Schwulen ausrichten. Über die Hälfte der von Schmauch und Braukmann (2007: 63) 214 befragten älteren Lesben würden einen ambulanten Pflegedienst favorisieren, der eine ausschließlich durch Frauen durchgeführte Pflege garantieren könnte. Auch die qualitativen Forschungsarbeiten von Bochow (2005: 340f.) und Plötz (2006: 218f.) bestätigen das Bedürfnis älterer Lesben und Schwulen, ihre homosexuellen Lebensweisen ohne Ängste und Sorgen vor möglicher Stigmatisierung und Diskriminierung gegenüber ambulanten und in stationären Diensten der Altenhilfe weiterhin leben zu können. Für den Fall notwendiger stationärer Pflege präferierten weniger als die Hälfte der befragten Lesben und Schwulen ein spezifisches Pflegeheim ausschließlich für Homosexuelle (Landeshauptstadt München 2004: 37; Rat und Tat 2009: 38).

Es bestehen allerdings verbreitete Ängste vor fehlender sozialer Kompetenz bei Pflegekräften herkömmlicher Einrichtungen, vor Ressentiments und Diskriminierungen, die dazu führen könnten, die erkämpfte offene homosexuelle Lebensweise wieder verstecken zu müssen (Bochow 2005: 340f.; Brill u. a. 2008: 105f.).[27] Aus diesen Ängsten folgen Wünsche nach einer Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen hinsichtlich einer „verstehenden Pflege“ (Gogl 1998: 231). Die Steigerung der subjektiven Lebenszufriedenheit sowie die Stärkung des Selbstwertgefühls und der Schutz vor re-traumatisierenden Erfahrungen bei älteren Homosexuellen sind daher wichtige Zielvorgaben der Pflegepraxis (Landeshauptstadt München 2004:5; Brill u. a. 2008: 110f.).

Aus der bisherigen qualitativen und quantitativen Forschung ergibt sich, dass die Kommunen als Trägerinnen der Altenhilfeplanung integrative Angebote für ältere Lesben und Schwule konzipieren sollten (Gerlach u. a. 2002: 10).

4.6.4.6 Teilhabe älterer Lesben und Schwulen in städtischen und ländlichen Räumen

Im höheren Alter, wenn beispielsweise für schwule Männer die Bedeutung der kommerziellen und jugendbetonten Subkultur abnimmt, wird ein Mangel an kommunalen sozialen Angeboten für ältere Generationen deutlich, die für ältere Schwule und Lesben neben einem sozialen Schutzraum auch Gelegenheiten für nicht diskriminierende Kommunikation und Geselligkeit bieten könnten (Bochow 2005: 158; Plötz 2006: 223).

Seit einigen Jahren entwickeln sich in Deutschland zahlreiche Projekte lesbisch-schwuler Arbeit mit älteren Menschen, die meist aus der Lesbisch-, Schwulen- Bi-, Trans- und Intersexuellen (LGBTi)-Community heraus entstanden sind. Aktuell etablieren sich aber auch Projekte anderer Träger, wie beispielsweise das vom Rat der Stadt München beschlossene Projekt zur Öffnung der vollstationären Altenpflege für gleichgeschlechtliche Lebensweisen in den Einrichtungen des Münchenstifts, als Gemeinnützige Gesellschaft der Stadt München (Sozialreferat München: 2014). Ein weiteres Beispiel in der Trägerschaft außerhalb der lesbisch-schwulen Community ist die Öffnung der Arbeiter Wohlfahrt (AWO), beispielsweise mit dem Projekt für ältere Lesben und Schwule in Düsseldorf. Die Bandbreite der Projekte reicht von Beratungs- und Vernetzungsinitiativen, über die Öffnung von altersbezogenem Quartiersmanagement (Kölner SeniorenNetzwerke), Begleitdiensten und Selbsthilfegruppen bis hin zu (auch generationsübergreifenden) Wohn- und Pflegeprojekten.

Bisher sind allerdings nahezu alle Initiativen in Ballungsräumen angesiedelt. Damit ältere Lesben und Schwule auch in kleineren Städten und ländlichen Regionen selbstbestimmt partizipieren können, müssen vorhandene Strukturen für ihre Bedürfnisse und Interessen sensibilisiert werden. Das bisher einzige Projekt in diesem Zusammenhang ist „Immer dabei – Ältere Lesben und Schwule in NRW“. Mit diesem seit 2011 aus Mitteln des Ministeriums für Gesundheit, Pflege, Emanzipation und Alter (MGEPA) finanzierten Projekt soll die Seniorenarbeit in

---

[27] Bei 90 Prozent der Befragten in der Münchner Studie (Landeshauptstadt München 2004: 5) und bei 65 Prozent in der Bremer Studie (Rat und Tat 2009: 37).

Nordrhein-Westfalen für gleichgeschlechtliche Lebensweisen geöffnet werden. Unter dem Aspekt der Vielfalt im Alter als zentrales Anliegen werden gleichgeschlechtliche Lebensweisen in die gesellschaftliche Debatte um Altersfragen auf Landesebene wie auch vor Ort in den Kommunen eingebracht.

4.7 Sozialräumliche Ungleichheiten

Soziale Ungleichheiten spiegeln sich in Mustern ungleicher sozialräumlicher Verteilungen der Bevölkerung wider. Diese zeigen sich kleinräumig in Stadtteilen oder Wohnquartieren mit einer hohen Konzentration von Menschen ähnlicher Lebenslagen. Handelt es sich um sozial und ökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die aufgrund der Wohnungsmarktlogiken in räumlicher Nähe zueinander leben, wird die sozialräumliche Ungleichheit als Segregation problematisiert. In einer großräumigen Perspektive werden die wirtschaftlichen und demografischen Folgeprobleme schrumpfender ländlicher Räume und schrumpfender wie wachsender Stadtregionen sowie die Konsequenzen aus den ungleichen Ressourcen wohlhabender und ärmerer Kommunen als Ausdruck sozialräumlicher Ungleichheit thematisiert (vgl. ausführlich Kapitel 5 in diesem Bericht). Verschärfungen solcher sozialräumlicher Disparitäten hängen mit dem soziodemografischen und sozioökonomischen Wandel der letzten Jahrzehnte zusammen und sind insbesondere im Kontext ungleicher Zugänge zu gesellschaftlichen Institutionen und zu gesellschaftlicher Teilhabe im Prozess des Älterwerdens bedeutsam. Im vorliegenden Bericht wird für den Auf- und Ausbau einer kommunalen Politik für ältere Menschen eine kleinräumige sozialräumliche Perspektive eingenommen. Die Erörterung sozialräumlicher Ungleichheiten soll deshalb mit der Präzisierung der Handlungsdimensionen „Quartier“ und „Sozialraum“ beginnen.

4.7.1 Prozesse von Segregation

In den Städten und Kommunen, aber auch im regionalen Vergleich sind räumliche Muster „sozialer Segregation“ evident. In den großen Städten werden sie häufig von ethnischen Segregationsprozessen überlagert. Diese ungleichen Verteilungen der Bevölkerung über städtische Teilräume sind die Folge von drei Ursachenkomplexen:

- der sozialen Ungleichheit in der Wohnbevölkerung nach dem sozioökonomischen Status, dem Geschlecht, der Ethnizität, dem Haushaltstyp, Alter und Lebensstil. Verschiedene Elemente der sozialen Lage und der sozialen Milieus überlagern sich (Intersektionalität);
- der Ungleichheit der städtischen Teilgebiete nach Wohnraummerkmalen, nach der infrastrukturellen Ausstattung, der Erreichbarkeit und Lage sowie den Zuschreibungen von Attraktivität sowie
- von Zuweisungsprozessen sozialer Gruppen zu Wohnungsmarktsegmenten durch Marktprozesse, administrative Zuweisungen, soziale Schließungen in den Beziehungen zwischen Makler und Maklerin einerseits und Käufer oder Käuferin andererseits, zwischen Eigentümerin oder Eigentümer einerseits und Mieter oder Mieterin andererseits sowie unter Nachbarn und Nachbarinnen (vgl. Dangschat und Alisch 2012: 24).

Aus dem Zusammenspiel dieser drei Wirkungsfaktoren entsteht nicht nur eine ungleiche Verteilung sozialer Gruppen im städtischen Raum, sondern der Sozialraum selbst wird zur Differenzkategorie sozialer Ungleichheiten. Da es sich bei diesen Betrachtungen aufgrund der Logik der Erfassung in der Statistik immer um die Wohnstandorte von Haushalten handelt, werden die sichtbaren sozialräumlichen Verteilungsmuster als „residenzielle Segregation“ bezeichnet. Diese über den Wohnungsmarkt vermittelte Konzentration von Menschen ähnlicher Lebenslage führt erstens zu höchst unterschiedlichen Ausstattungen und Zugängen zu sozialer und gesundheitlicher Infrastruktur, zweitens zu entlang des Einkommens ermöglichten oder verwehrten Wohnsituationen und drittens zu – entsprechend der städtebaulichen Strukturen und der individuellen Lebenslagen – unterschiedlichen Verfügbarkeiten und Zugriffschancen auf alter(n)sgerechten Wohnraum.

Die politischen und wissenschaftlichen Bewertungen sozialer Segregationen pendeln, vereinfacht formuliert, zwischen zwei Polen: Auf der einen Seite wird befürchtet, dass die Bewohnerschaft in benachteiligten Wohnquartieren isoliert und ausgeschlossen wird, auf der anderen Seite wird erwartet, dass durch die räumliche Nähe eine Sicherheit gebende soziale Nähe entsteht (Bremer 2000). Dabei überwiegt in der Diskussion grundsätzlich eine negative Bewertung der ungleichen Verteilung der Wohnstandorte ärmerer und wohlhabender Bewohnerinnen und Bewohner.

Die strukturelle Benachteiligung von beziehungsweise in Wohnquartieren bezieht sich somit nicht nur auf Merkmale sozialer Ungleichheit der Bewohnerschaft, sondern ist auch ein Ungleichheitsmerkmal des Ortes, sichtbar

beispielsweise an der Abwanderung von (Fach)ärzten, fehlender Nahversorgung und – insbesondere bei einer hohen Bevölkerungsfluktuation, wie sie gerade in innerstädtischen Großstadtquartieren zu finden ist – geringeren Möglichkeiten zur Vernetzung.

4.7.2 Kontext- und Kompositionseffekte

Es kann nicht theoretisch und pauschal beurteilt werden, ob Segregation innerhalb von Städten eher positive (integrierende, gemeinschaftsstiftende) oder eher negative Folgen (Isolation, soziale Spaltung) hat. Diese Frage muss im Grunde im Einzelfall empirisch beantwortet werden. In diesem Zusammenhang ist der Begriff der „Kontexteffekte“ bedeutsam. „Kontexteffekte sind Wirkungen für die soziale Lage und für die Bildungs- und Berufsbiografie, die von einem ‚Setting‘ beziehungsweise einem Kollektiv ausgehen und überindividuell wirken“ (Häußermann u. a. 2010: 18). Ein Kontexteffekt würde vorliegen, wenn man nachweisen könnte, dass sich die infrastrukturelle Ausstattung eines Quartiers auf die Gesundheit seiner Bewohnerinnen und Bewohner auswirkt. Die These, dass das Leben in benachteiligten Stadtquartieren die Bewohnerinnen und Bewohner zusätzlich benachteilige (Friedrichs 1998; Häußermann 2008; Volkmann 2012), ist jedoch nicht „eindeutig genug nachweisbar“ (Volkmann 2012: 84). Die Bedeutung des Wohnortes für die Lebenslage seiner Bewohnerinnen und Bewohner ist unterschiedlich, je nach Organisation des Alltags, je nach Lebensform und Haushaltstyp, Sozialraumkonstellation, Lebenslage, Lebensverläufen und Verwirklichungschancen der Bewohnerinnen und Bewohner (Hillmann und Windzio 2008: 20; Dangschat und Alisch 2012; Volkmann 2012).

Die internationale Forschung zu positiven wie negativen Effekten der Nachbarschaft auf die Lebenssituation der Bewohnerschaft nimmt heute neben strukturellen Aspekten der Lebenssituation (Wohnraumverteilung und -zugang, Wohnraumstruktur, soziale und ökonomische Infrastruktur) sowohl die strukturellen Merkmale der Bewohnerschaft (Sozioökonomischer Status, Haushaltstyp, Ethnie, Kaufkraft, Einstellungen und Werte) als auch dadurch vermittelt Aspekte der Vergemeinschaftung im Wohnquartier in den Blick, die sich in sozialen Milieus, Kommunikations- und Verhaltensstilen (soziales Kapital), politischer Kultur und Partizipation ausdrücken (vgl. zusammenfassend Dangschat und Alisch 2012; Dangschat und Alisch 2014).

Im Zusammenhang mit Fragen der Bedeutung des sozialräumlichen Umfeldes für die Gesundheit werden solche Kontexteffekte von den Kompositionseffekten unterschieden: Mit Kompositionseffekten sind die individuellen Bestimmungsfaktoren (sozioökonomische und andere Ungleichheitsmerkmale) der jeweiligen Wohnbevölkerung gemeint, die in der Summe zu messbaren und geografisch zuzuordnenden Gesundheitsoutcomes führen. Kompositionseffekte stellen also die Summe der „Verhaltensweisen und Einstellungen von Personen in ähnlicher sozialer Lage“ dar (Häußermann u. a. 2010: 18). Cummins u. a. (2007) warnen allerdings davor, Kompositions- und Kontexteffekte als alternative oder konkurrierende Erklärungen zu betrachten: Vermeintlich „freiwillige“ oder „unfreiwillige“ Konzentrationen[28] (Häußermann 2000) bestimmter sozialer Gruppen in Stadtteilen und ihre generellen sozioökonomischen Ressourcen- und Chancenausstattungen beeinflussen auch das kollektive soziale und kulturelle Kapital im jeweiligen Stadtviertel oder Quartier. Gruppenbezogene Ressourcen- und Chancenausstattungen wiederum sind gesellschaftlich und makroökonomisch strukturiert und entwickeln sich nicht auf der lokalen Ebene von Quartieren, sie werden dort allenfalls kompensiert (vgl. Kronauer 2008).

In einer kanadischen Studie wurden die Auswirkungen von Wohnquartieren auf die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner untersucht (Bernard u. a. 2007). Es konnte gezeigt werden, dass neben den sich überlagernden Problemen der Bewohnerschaft, die bisher meist zur Identifizierung von „benachteiligten Wohnquartieren“ herangezogen wurden (Kompositionseffekte), die folgenden Aspekte relevant waren: die Merkmale des Ortes selbst, seine Gelegenheitsstrukturen, die Fluktuation in der Bevölkerung, welche wesentlich die Möglichkeiten für soziale Vergemeinschaftung bestimmt, die Lage und die Anbindung, um an Öffentlichkeit teilzuhaben (Kontexteffekte). Diese Zusammenhänge gelten für städtische Wohnquartiere genauso wie für das Gemeinwesen ländlicher Gemeinden.

---

[28] Mit der Unterscheidung in „freiwillige“ und „unfreiwillige“ Segregation gingen Häußermann und Siebel (1990; vgl. auch Häußermann 1998) davon aus, dass der Grad der Freiwilligkeit der entscheidende Schlüssel dafür sei, ob eine räumliche Konzentration einer sozialen Gruppe positiv zu sehen ist oder nicht. Die „Freiwilligkeit“ bestehe darin, sich auf dem Wohnungsmarkt frei bewegen zu können und ein Quartier durch einen Fortzug zu verlassen. Dieser Zugang ist insofern problematisch, als sich Freiwilligkeit und Zwang von Umzügen empirisch nur sehr schwierig nachweisen lassen und Konzentrationen auch durch einen Fortzug der Anderen entstehen. Die „Freiwilligkeit des Auszuges“ der einen ist der „Zwang zur Konzentration“ der anderen (vgl. Dangschat und Alisch 2014).

4.7.3 Sozialräumliche Ungleichheit im Kontext ländlicher Räume

Neben der Quartiersperspektive, die vorwiegend auf Erfahrungen in größeren Städten und Großstädten basiert, wirken sozialräumliche Ungleichheiten im Verhältnis ländlicher und/oder peripherer Räume mit den Ballungsräumen (vgl. ausführlich Kapitel 5 in diesem Bericht). Gerade in bestimmten ländlichen Regionen treffen in unterschiedlichen Ausformungen die folgenden Faktoren zusammen:

- Alterung der Bevölkerung,
- Wegzug der jüngeren Generation,
- Rückgang der Steuereinnahmen,
- angespannte Haushaltslagen der Kommunen,
- Rückgang der Kaufkraft in der Bevölkerung und in der Folge die sukzessive Ausdünnung öffentlicher Infrastruktur und
- eine langfristige Belastung nachbarschaftlicher und familiärer Netzwerke.

Als kollektives gesellschaftliches Phänomen verändert und prägt die Alterung der Bevölkerung soziale Räume (Beetz u. a. 2009). Dabei können „alternde Räume einerseits durch eine im Zeitvergleich gestiegene absolute und relative Zahl älterer Menschen bei gleichzeitiger Anwesenheit Jüngerer gekennzeichnet sein, andererseits kann es sich um relativ altershomogene Räume mit einer ausgeprägten Dominanz Älterer handeln“ (Steinführer u. a. 2012: 13). Solche Homogenisierungsprozesse können Regionen, Siedlungen oder Siedlungsteile sehr unterschiedlich betreffen.

In einer vergleichenden Untersuchung von zwei Gemeinden im Westen und Osten des Harzes haben Steinführer u. a. (2012) den Zugang zu Ressourcen und zu Institutionen gesellschaftlicher Teilhabe anhand einer Definition von Daseinsvorsorge aus der Perspektive der Bevölkerung so umrissen: „Daseinsvorsorge […] umfasst all jene infrastrukturellen Einrichtungen und Dienstleistungen, die für die Gestaltung oder Wiederherstellung von Alltag in ländlichen Räumen von grundlegender Bedeutung sind“ (Steinführer u. a. 2012: 10). Damit wird ein Bezug zur Lebensqualität hergestellt, der die Lebensbedingungen der Bevölkerung und deren Wohlbefinden als „objektive“ und „subjektive“ Dimensionen (Glatzer und Zapf 1984) umfasst. In diesem Zusammenhang wird der gegebene oder eben nicht gegebene Zugang zu Leistungen der Daseinsvorsorge zu einem wesentlichen Moment sozialer Ungleichheit.

Sozialräumliche Disparitäten zwischen ländlichen Räumen und Großstädten beziehungsweise Ballungsräumen sowie zwischen sehr verschiedenen ländlichen Räumen sind wesentlich erkennbar an den jeweils spezifischen Möglichkeiten und Infrastrukturen, die den Alltag älterer Menschen prägen. Zum Beispiel kann eine ausreichende fachärztliche Versorgung in ländlichen, insbesondere dünner besiedelten Regionen nicht mehr sinnvoll an dem Verhältnis „Bewohnerzahl je Quadratkilometer zur Anzahl der Ärztinnen und Ärzte“ gemessen werden, wenn nicht gleichzeitig die Erreichbarkeit solcher Versorgungseinrichtungen mit in den Blick genommen wird. Die fachärztliche Versorgung kann in einem Landkreis im Vergleich zu anderen Kreisen statistisch zwar als „gut“ erscheinen, bei einer kleinräumigen Betrachtung kann sie sich jedoch als defizitär erweisen. Die damit verbundene Sichtweise auf ländliche Räume als „alternde“ oder „schrumpfende“ Räume geht zudem von einem Begriff von Raum als „Behälter“ aus, in dem Prozesse mechanisch ablaufen und lenkt den Blick von den tatsächlichen Lebenssituationen der dort lebenden Menschen und ihren Möglichkeiten zur Gestaltung des Sozialraums ab.

Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung geht davon aus, das in Deutschland – wie in allen anderen Ländern „von Portugal über Mittel- und Osteuropa bis Japan“ (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2011: 4) – der prognostizierte Bevölkerungsrückgang vor allem die peripheren ländlichen Räume betreffen wird. Hier erwartet die noch verbliebenen älteren Bewohnerinnen und Bewohner nicht nur die sich ausdünnende Infrastruktur, sondern auch ein Anstieg der Preise für die Leistungen, die noch vorgehalten werden. Wenn Bewohnerinnen und Bewohner oder lokale Akteure in ländlichen Gemeinden, unter Daseinsvorsorge „das Nötige, was man erwarten kann“ (Steinführer u. a. 2012: 6) verstehen, wird deutlich, dass gerade die Frage, was für ein angemessenes Leben im Alter „nötig“ ist, „Gegenstand von subjektiven Zuschreibungen und Aushandlungsprozessen in der Region und den Gemeinden, aber auch zwischen Kernstädten und Ortsteilen bleiben“ (ebd.).

Im Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und ländlichen Räumen jenseits der Agglomerationsräume werden einerseits Fragen der Benachteiligung nach dem Einkommen, der Bildung oder dem Geschlecht adressiert und andererseits zunehmende „territoriale Ungleichheiten“ fokussiert: Dieser Begriff meint den je nach Wohnort er-

schwerten oder erleichterten Zugang zu „erstrebenswerten Gütern und Dienstleistungen“ (Neu 2006: 8), insbesondere der Gesundheitsversorgung, der Bildung, vielfach längst auch der alltäglichen Versorgung, aber auch von begehrten Positionen. Territoriale Ungleichheiten sind vor allem deshalb bedeutsam im Zusammenhang mit dem Ziel, Bedingungen für Mitverantwortung in zukunftsfähigen Gemeinschaften zu identifizieren, weil hieran die Frage geknüpft ist, inwieweit gesellschaftliche Teilhabe eröffnet oder deutlich begrenzt wird. Das grundgesetzlich verankerte Postulat von zunächst „einheitlichen“ und seit 1994 „gleichwertigen Lebensverhältnissen“ (§ 72 Abs. 2 GG) wird seit langem im Kontext von – weder erreichbarer noch angestrebter – Gleichförmigkeit diskutiert; tatsächlich steht die Gleichwertigkeit von Teilhabechancen zur Disposition:

Ländliche Räume, die wir heute als schrumpfende, abgekoppelte, sich entleerende Räume etikettieren, sind auch in diese Lage gekommen, weil die ökonomische Leistungsfähigkeit an anderer Stelle zentralisiert wurde. Prozesse des soziodemografischen Wandels und die Entscheidung, darauf mit dem Rückbau technischer und sozialer Infrastruktur zu reagieren, peripherisieren bestimmte ländliche Räume (Keim 2006).

Für ältere Menschen und Hochaltrige, die in den so beschriebenen ländlichen peripherisierten Räumen leben, bedeutet dies zumeist eine deutliche Einschränkung von Teilhabe. Auch wenn die jetzt ältere Generation im Vergleich zu früheren Generationen mobiler ist, weil der Besitz eines Führerscheins und Autos in ihrer Biografie schon selbstverständlicher war, verlassen „Ältere und insbesondere Hochbetagte seltener als andere Bevölkerungsgruppen das Haus“ (Steinführer u. a. 2012: 15) und legen geringere Distanzen zurück: „Neben gesundheitlichen Problemen, unterdurchschnittlichem Führerscheinbesitz vor allem unter Frauen und Hochaltrigen spielen der Mängel in den Verkehrssystemen eine Rolle, die vom schlechten Zustand der Gehwege über fehlende Barrierefreiheit und zu große Entfernungen zur Haltestelle bis hin zum ungenügenden Winterdienst reichen“ (ebd.).

Scheiner (2004: 138) stellt für ältere Menschen in ländlichen Räumen fest, dass „die mangelhafte Ausstattung des ländlichen Raumes mit (infrastrukturgebundenen) Freizeiteinrichtungen […] nicht generell zu stärkerer Fernorientierung [führt]. Vielmehr besteht im ländlichen Raum eine starke Ortsgebundenheit“. Es droht deshalb absehbar der Ausschluss einer zunehmenden Anzahl älterer und insbesondere hochaltriger Menschen von Infrastruktureinrichtungen und aus dem gesellschaftlichen Leben, insbesondere dann, wenn sie fehlende Infrastrukturen nicht mit Hilfe eigener finanzieller Mittel kompensieren können.

4.7.4 Ungleiche Chancen sozialräumlicher Gestaltung

Sowohl die soziale als auch die räumliche Dimension von Ungleichheiten sind somit als Herausforderungen für kommunales Handeln relevant. Zusammen ergeben beide Dimensionen eine Problemkonstellation, die seit Mitte der 1990er Jahre auch als „doppelte Benachteiligung“ beschrieben wird: Die räumliche Konzentration benachteiligter Bevölkerungsgruppen in Wohnbedingungen und Wohnumfeldbedingungen, die sie als Folge von Wohnungsmarktprozessen zusätzlich benachteiligen, die Haushalte mit geringem Einkommen auf solche Wohn- und Lebensbedingungen verweisen, die nach Lage, Ausstattung und Mietstruktur nicht dem Standard entsprechen.

In Städten und Gemeinden in ländlichen Räumen fehlt es im Umfeld dieser Wohnungen an Infrastruktur. Eine schlechte ÖPNV-Anbindung, Verkehrslärm, die Nähe von störendem Gewerbe und problematischen Emissionen verschlechtern die Wohnqualität zusätzlich. In städtischen Quartieren fehlt es hingegen häufig an Frei- und Grünflächen. Darüber hinaus stellen sich an diesen Orten Fragen der objektiven oder subjektiven (Un-)Sicherheit und insgesamt der Benutzbarkeit und der Ermöglichung von Mobilität und sozialer Interaktion – Aspekte, für die in privilegierten Wohngebieten meist besser gesorgt ist, sei es aufgrund von besserer finanzieller Ausstattung, sei es aufgrund von politischer Opportunität.

Die raumstrukturellen Ungleichheiten beeinflussen auch die Zugänge zu Ressourcen, die für den Aufbau und Erhalt kompensatorischer sozialer Netzwerke erforderlich sind. Dabei kann nachweislich nicht davon ausgegangen werden, dass sich soziale Nähe (Gemeinschaft) durch räumliche Nähe von allein herstellt: Ein „gemeinsam geteilter physischer Raum führt nicht automatisch zu einem gemeinsamen sozialen Raum“ (Volkmann 2012 mit Bezug auf Bourdieu 1993: 159).

Wohnquartiere (beziehungsweise „Nachbarschaften“ als räumliche *und* soziale Gemeinschaften), in denen wechselseitig Verantwortung übernommen wird, sind unter den Bedingungen ungleicher Ressourcenzugänge und Verwirklichungschancen nicht an jedem Ort selbstverständlich. Gewiss gibt es Beispiele für bewusst geplante Inszenierungen von Gemeinschaft und Nachbarschaft als Konstruktion von sozialen Netzen, bei denen gemeinsame

Interessen, geteilte Vorstellungen vom „richtigen" Leben und die gemeinsame Fähigkeit, sich am Wohnungsmarkt den Interessen gemäß zu versorgen zu einer räumlichen Nachbarschaft (Community) führen. Solche Initiativen sind zum Beispiel als „ökologische Siedlungen", „autofreies Wohnen", „Mehrgenerationenwohnprojekte" oder Senioren-WGs bekannt (Dangschat 2009: 28f.). Hier können in privilegierten Lebenslagen Verwirklichungschancen genutzt werden, um gemeinsame Lebensstile in einem nahen räumlichen Kontext zu verwirklichen. Für die Bevölkerungsgruppen, die diese Wahlmöglichkeiten nicht haben, ist eine sozialraumbezogene kontinuierliche professionelle Unterstützung wesentlich, die auch dort lokale Gemeinschaften befördern kann, wo ungünstige Lebenslagen und der selbe Wohnort zunächst als die einzigen Gemeinsamkeiten erscheinen. Hier gilt es, Raum zu lassen für die Entwicklung gemeinsamer Interessen. Für die Gestaltung des sozialen Raumes müssen Formen der Mitwirkung und Aneignung ermöglicht werden. Auf diese Weise könnte sozialen Ungleichheiten, die sich durch die lokalen beziehungsweise regionalen Lebensorte verfestigt haben, entgegengewirkt werden.

5. Regionale Disparitäten und die Lebenssituationen älterer Menschen in Deutschland

5.1 Einleitung

Für den Lebensalltag älterer Menschen hat das kommunale Umfeld eine besondere Bedeutung: Die lokalen Infrastrukturen und sozialen Netzwerke in der örtlichen Gemeinschaft bestimmen maßgeblich die Qualität des Lebens im Alter mit. Dabei ist zu bedenken, dass die Vielfalt der Lebenslagen und die soziale Ungleichheit im Alter evident sind. Die Altenberichtskommission hat sich dazu entschieden, Fragen von sozialer Ungleichheit und Diversität in der alternden Gesellschaft einen hohen Stellenwert beizumessen. Fragen der sozialen Ungleichheit wurden ausführlich im vorangegangenen Kapitel des Berichts dargestellt (vgl. Kapitel 4 in diesem Bericht). In diesem Kapitel wurde deutlich, dass sich soziale Ungleichheiten auch in der sozialräumlichen Verteilung der Bevölkerung niederschlagen, die sich in Stadtbezirken oder Wohnquartieren mit einer hohen Konzentration von Menschen ähnlicher Lebenslagen zeigt. Regionale und lokale Lebensräume stellen somit selbst eine Quelle für die Ungleichheit von Lebenslagen dar, die mit anderen Merkmalen sozialer Ungleichheit in Wechselwirkung stehen (Beetz u. a. 2009).

Das vorliegende Kapitel erweitert diese analytische Perspektive und fragt einerseits nach den regionalen Disparitäten, die in Deutschland existieren, und andererseits nach der Bedeutung der räumlichen Umwelt für die Lebenssituation alter Menschen.

Die Vielfalt der Kommunen in Deutschland ist beträchtlich, und ähnlich vielseitig sind die Herausforderungen, denen sich Kommunen gegenübersehen (BBSR 2012b). Wissen über regional unterschiedliche Verläufe des demografischen Wandels, über regionale Unterschiede in Wirtschaftskraft und Produktionspotenzialen sowie über die unterschiedliche Ausstattung von Regionen mit sozialer, technischer, Verkehrs- und Versorgungsinfrastruktur ist von erheblicher Bedeutung für die Beantwortung der Frage, welche Beiträge die kommunale Politik leisten kann, um die soziale, politische und kulturelle Teilhabe sowie eine möglichst lange selbstständige Lebensführung im Alter und ein aktives Altern in Selbst- und Mitverantwortung sicherzustellen.

Für die Mehrheit der Bevölkerung ist die eigene Wohnung der zentrale Lebensort, der mit zunehmendem Lebensalter an Bedeutung gewinnt (Claßen u. a. 2014). Die Nachbarschaft beziehungsweise das Wohnquartier sind jene sozialräumlichen Einheiten, in denen der Alltag organisiert wird und die eine besondere Bedeutung für ein gesundes Altwerden haben (Oswald u. a. 2013; Wahl u. a. 2012; vgl. auch Kapitel 4, Abschnitt 4.7). Somit ist zwar die Kommune oder der Stadtbezirk der Bezugsrahmen für das alltägliche Leben, in dem man aktiv ist und sich mit dem Lebensnotwendigen vorsorgt, jedoch ist eine Versorgung mit Facharztpraxen oder Pflegeeinrichtungen insbesondere in ländlichen Regionen häufig nicht vor Ort, sondern auf der Ebene des (Land-)Kreises oder der nächsten kreisfreien Stadt angesiedelt. Mittel- oder Großstädte decken den Bedarf an Krankenhäusern und weiteren Spezialeinrichtungen ab.

Nicht zuletzt aus diesem Grund wird für die Analyse der regionalen Disparitäten in diesem Kapitel die Ebene der (Land-)Kreise und kreisfreien Städte gewählt. (Land-)Kreise und kreisfreie Städte tragen zumindest für die Planung übergreifender Infrastruktur die Verantwortung (vgl. die Diskussion in Abschnitt 5.4.1). Darüber hinaus ist die Wahl dieser räumlichen Analyseebene eher praktischer Natur, da der weit überwiegende Teil der Datenbasis der laufenden Raumbeobachtung auf der Ebene der (Land-)Kreise und kreisfreien Städte vorliegt. Es wird gezeigt, dass es sinnvoll ist, die räumliche Vielschichtigkeit auf dieser Ebene anhand von größeren Einheiten (Typen von Kreisen, Raumordnungsregionen) zu beschreiben. Um die Vielzahl von Kreisregionen in Deutschland zusammenzufassen, werden in diesem Kapitel unterschiedliche regionale Typen sowohl nach Siedlungsstrukturen als auch nach wirtschaftlich-sozialen Merkmalen für die Analyse gebildet. Hierfür werden mit Hilfe statis-tischer Verfahren Kreisregionen zu Typen zusammengefasst, die ähnliche demografische, soziale oder ökonomische Strukturen aufweisen.

Die Beschreibung regionaler Disparitäten wird mit Hilfe dieser Typologien im zweiten Abschnitt des Kapitels vorgenommen. Hierbei werden zum einen die demografischen Entwicklungen, der Pflegebedarf sowie Armutsentwicklungen zwischen den unterschiedlichen Regionstypen verglichen. Zum anderen werden regionale Disparitäten in der Gesundheits- und Pflegeversorgung, in der Nahversorgung, Disparitäten des Wohnungsmarktes, der Kultur- und Freizeitinfrastruktur sowie der technischen Infrastruktur dargestellt.

Wie Menschen alt werden (und wie alt sie werden), hängt nicht allein von der individuellen Lebenssituation einer Person ab, sondern auch davon, *wo* sie alt wird. Räumliche Gegebenheiten und Infrastrukturen des Umfelds bilden Gelegenheits- (oder Barriere-)Strukturen und beeinflussen die Handlungsräume und Verwirklichungschancen von

Menschen, die in diesen Räumen leben. Im dritten Abschnitt wird danach gefragt, wie die Merkmale der Kommunen die Lebenssituation ihrer Bewohnerschaft beeinflussen. Hierbei geht es um die Bedeutung, die das räumliche und regionale Umfeld für die Lebenslagen älter werdender und alter Menschen hat und wie sich die Infrastrukturstärke (oder -schwäche) einer Region auswirkt. In den Analysen werden der individuelle sozioökonomische Status und die individuelle Lebenssituation berücksichtigt. Dies bedeutet auch, dass regionale Unterschiede in der Stichprobenzusammensetzung statistisch kontrolliert werden. Die Betrachtung von Personen innerhalb ihres sozialräumlichen Umfeldes ist von entscheidender Bedeutung für die Ableitung von Handlungsbedarfen auf individueller, gesellschaftlicher und politischer Ebene.

Im vierten Abschnitt des Kapitels werden Desiderata der Forschung zum Einfluss regionaler und lokaler Kontexte auf das Leben im Alter diskutiert.

5.2 Regionale Disparitäten in Deutschland

Die Berichterstattung über die Raumentwicklung in Deutschland (BBSR 2012b; BMELV 2011; BMVBS 2011a) und Europa (Eurostat 2013) ist außerordentlich reichhaltig. Sie ist darauf gerichtet, die Entwicklung von Regionen in Deutschland über die Zeit zu beobachten, wobei insbesondere auf Disparitäten zwischen Räumen geachtet wird. Um beurteilen zu können, ob die Lebensbedingungen in den verschiedenen Teilräumen Deutschlands gleichwertig sind, wird der Bundesdurchschnitt als Referenzmaßstab verwendet (BBSR 2012b: 16). Im Raumordnungsgesetz heißt es dazu: „Regionale Wachstums- und Innovationspotenziale sind in den Teilräumen zu stärken. Insbesondere in Räumen, in denen die Lebensverhältnisse in ihrer Gesamtheit im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt wesentlich zurückgeblieben sind oder ein solches Zurückbleiben zu befürchten ist (strukturschwache Räume), sind die Entwicklungsvoraussetzungen zu verbessern“ (ROG § 2 Abs. 2 Nr. 4). Nicht ausdrücklich spezifiziert ist allerdings, wie groß eine Abweichung vom Bundesdurchschnitt sein muss, um sie als „wesentlich“ zu bezeichnen. Die verwendeten Dimensionen zur Beschreibung von regionalen Disparitäten sind die wirtschaftliche Situation, die Wohlstandsverteilung in der Bevölkerung, die soziale und technische Infrastrukturversorgung, die Wohnungsmarktverhältnisse, die Erreichbarkeits- und Mobilitätslage sowie die allgemeine Umweltsituation eines Teilraums (BBSR 2012b: 7). Auf diesen Voraussetzungen basiert eine Expertise, in der regionale Disparitäten in Deutschland auf der Ebene von Gemeinden und (Land-)Kreisen abgebildet sind, und deren wesentliche Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden (BBSR 2014c). Zunächst wird skizziert, wie die Vielzahl von Kreisregionen zusammengefasst werden kann, um eine umfassende und nachvollziehbare Darstellung regionaler Vielfalt und Disparitäten zu erreichen (Abschnitt 5.2.1). In einem zweiten Schritt werden regionale Disparitäten in der demografischen Entwicklung der Jahre 2000 bis 2030, im Pflegebedarf und in Armutslagen dargestellt (Abschnitt 5.2.2). Schließlich werden regionale Disparitäten von Infrastrukturausstattung und Wohlstand (Abschnitt 5.2.3) beschrieben.

5.2.1 Regionale Typen nach wirtschaftlich-sozialen Merkmalen

Für den vorliegenden Bericht wurde eine Gruppierung von Kreisregionen entwickelt, um Disparitäten im Raum differenzierter beschreiben zu können (BBSR 2014c). Insgesamt fünf Dimensionen wurden hierbei herangezogen, um demografische, wirtschaftliche und soziale Merkmale zu erfassen: Strukturstärke, Innovation, Bevölkerungspotenzial, Industriepotenzial sowie touristische Attraktivität. Hierfür wurden die folgenden Indikatoren verwendet:

- Strukturstärke: Bruttowertschöpfung je Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor (2011), Langzeitarbeitslose je 100 abhängig beschäftigten Erwerbspersonen (2012), verfügbares Einkommen der privaten Haushalte je Einwohner (2011), Erreichbarkeit des nächstgelegenen Ober- oder Mittelzentrums (2012);
- Industriepotenzial: durchschnittliche Beschäftigtenzahl je Industriebetrieb (2012), Bruttowertschöpfung je Erwerbstätigen (2011);
- Innovation: registrierte Internet-Domains mit der Endung „.de“ je 100 Einwohner (2012), Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in wissensintensiven, unternehmensorientierten Dienstleistungen (2012);

- Bevölkerungspotenzial: regionales Bevölkerungspotenzial29 (2012), Bruttowertschöpfung je Erwerbstätigen im Sektor Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei (2011);
- Touristische Attraktivität: Übernachtungen im Fremdenverkehr (aus dem In- und Ausland) je 100 Einwohner (2012).

Anhand statistischer Verfahren (Clusteranalyse, vgl. BBSR 2014c) wurden sechs Kreisregionstypen identifiziert, für die jeweils charakteristisch ist, dass sich innerhalb eines Typs die zugehörigen Kreisregionen relativ ähnlich sind, die Kreisregionstypen sich untereinander aber deutlich unterscheiden (im Anhang zu diesem Kapitel findet sich eine vollständige Liste mit der Zuordnung der Kreisregionen zu den Kreisregionstypen). Eine Übersicht über Benennung und Verteilung dieser nach Strukturstärke, Innovation, Bevölkerungspotenzial, Industriepotenzial sowie touristischer Attraktivität gebildeten Kreisregionstypen ist Abbildung 1 zu entnehmen. Im Folgenden werden die sechs Kreisregionstypen kurz charakterisiert und danach tabellarisch miteinander verglichen (Tabelle 2).

Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren

Diesem Kreisregionstyp gehören viele hoch verdichtete kreisfreie Städte an, die der Bevölkerung eine überdurchschnittlich gute Versorgung mit haushaltsorientierten Infrastruktureinrichtungen bietet. Die Arbeitslosigkeit liegt in diesem Kreisregionstyp auf einem leicht unterdurchschnittlichen Niveau. Im Ergebnis dieser sehr günstigen Rahmenbedingungen erzielen die Beschäftigten dieser Kreisregionen überdurchschnittlich hohe Einkommen. Im Jahr 2012 lebten etwa 15,2 Prozent der Gesamtbevölkerung Deutschlands in diesem Kreisregionstyp (ca. 12,4 Mio. Menschen).

Standorte industrieller Global Player

Die drei Kreisregionen dieses Typs sind gut in das Netz hochrangiger Infrastrukturen eingebunden und weisen bundesweit die beste Breitbandversorgung auf. Bundesweit realisieren diese Kreise das höchste Wertschöpfungsniveau je Erwerbstätigen und die höchsten Einkommen. Die Arbeitslosenquote ist hingegen sehr gering. Ludwigshafen ist Stammsitz der BASF, Wolfsburg und Ingolstadt sind Unternehmenssitze der international bedeutsamen Automobilhersteller Volkswagen beziehungsweise Audi. Im Jahr 2012 lebten etwa 0,5 Prozent der Gesamtbevölkerung Deutschlands in diesem Kreisregionstyp (ca. 0,4 Mio. Menschen).

Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen

Die Kreisregionen dieses Typs liegen meist abseits großer Metropolen. Beschäftigung und Wertschöpfung werden in starkem Maße durch hochproduktive Finanzdienstleistungen sowie mittelständische Industriebeschäftigung geprägt. Das Einkommen bewegt sich auf einem überdurchschnittlich hohen Niveau und die Arbeitslosigkeit weist bundesweit die niedrigsten Werte auf. Im Jahr 2012 lebten etwa 39,2 Prozent der Gesamtbevölkerung Deutschlands in diesem Kreisregionstyp (ca. 32,0 Mio. Menschen).

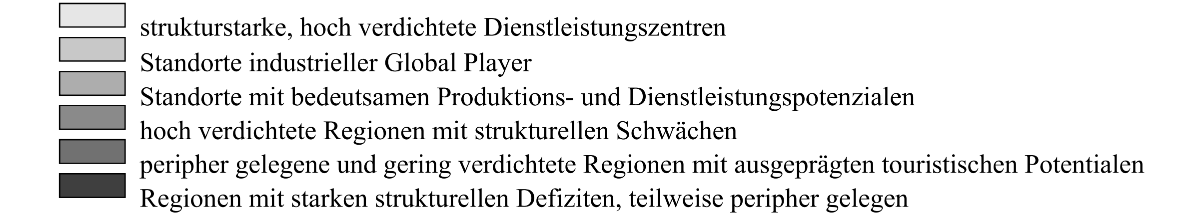
---

[29] Das „regionale Bevölkerungspotential" ist ein Zentralitätsmaß, das für eine Ausgangsgemeinde die Wohnbevölkerung im Umkreis von 100 km distanzgewichtet aufsummiert. Ein hohes regionales Bevölkerungspotenzial bedeutet ein großes Arbeitskräfte- und Absatzpotenzial für Unternehmen sowie gute Versorgungsmöglichkeiten der Bevölkerung mit haushaltsorientierten Infrastruktureinrichtungen.

Abbildung 1

Räumliche Verteilung der sechs Kreisregionstypen

Quelle: BBSR (2014), Karte 3.



Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen

Diesem Kreisregionstyp gehören sehr viele hoch verdichtete kreisfreie Städte an, die bestens in das Netz hochrangiger Infrastrukturen eingebunden und mit leistungsfähiger Breitbandversorgung ausgestattet sind. Einerseits agieren hier viele hochproduktive und innovative Unternehmen des produzierenden Gewerbes und Dienstleistungsbereiches. Anderseits deuten das unterdurchschnittliche Einkommensniveau sowie das mit Abstand höchste Niveau an Arbeitslosigkeit darauf hin, dass die Wirtschaftsstruktur dieses Kreisregionstyps strukturelle Schwächen aufweist. Im Jahr 2012 lebten etwa 15,1 Prozent der Gesamtbevölkerung Deutschlands in diesem Kreisregionstyp (ca. 12,4 Mio. Menschen).

Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen

Die Kreisregionen dieses Typs weisen eine sehr geringe Einwohnerdichte sowie eine ungünstigere Anbindung an leistungsstarke Zentren auf. Allerdings profitieren die zugehörigen Regionen in der Regel von ihrer touristischen Attraktivität. Das Tourismusgewerbe sichert den Einwohnern dieser Regionen ausreichend Arbeitsplätze und ein nur gering unter dem Durchschnitt liegendes Einkommensniveau. Im Jahr 2012 lebten etwa 5,4 Prozent der Gesamtbevölkerung Deutschlands in diesem Kreisregionstyp (ca. 4,4 Mio. Menschen).

Regionen mit starken strukturellen Defiziten, teilweise peripher gelegen

Die Kreisregionen dieses Typs weisen ebenfalls eine ungünstige Anbindung an leistungsstarke Zentren auf. Die ausgeprägten strukturellen Defizite zeigen sich unter anderem im niedrigsten Einkommensniveau je Einwohner und einem weit überdurchschnittlich hohen Arbeitslosigkeitsniveau. Das unterdurchschnittliche Produktivitätsniveau der in der Region agierenden Unternehmen betrifft alle Wirtschaftsbereiche. Im Jahr 2012 lebten etwa 24,6 Prozent der Gesamtbevölkerung Deutschlands in diesem Kreisregionstyp (ca. 20,1 Mio. Menschen).

In Tabelle 2 werden ausgewählte regionale Strukturindikatoren vorgestellt, mit denen ein Vergleich der sechs Kreisregionstypen möglich ist.

Tabelle 2

Vergleich der Kreisregionstypen nach ausgewählten regionalen Strukturindikatoren

Bezeichnung der Kreisregionstypen (in Klammern: Anteil der Bevölkerung)	**Regionales Bevölke-rungs-potenzial (in 1.000) (2012)**	**Ausstattung der Haushalte mit Breitband-versorgung (in Prozent) (2012)**	**Niveau der Arbeitslosig-keit (in Prozent) (2012)**	**Kaufkraft je Einwohner (in Euro) (2011)**	**Niveau der Bruttowert-schöpfung je Erwerbs-tätigen (in Euro) (2011)**	**Durchschnitt-liche Beschäf-tigtenzahl der Industriebe-triebe (2012)**	**Übernach-tungen im Fremden-verkehr je 100 Einwohner (2012)**
(a) Kennzahlen ausgewählter regionaler Strukturindikatoren							
Strukturstarke hoch verdichtete Dienst-leistungszentren (15,2 %)	947	82,5 %	6,3 %	43.067	65.061	202	5,3
Standorte industrieller Global Player (0,5 %)	488	89,1 %	6,2 %	42.788	95.476	1.222	3,0
Standorte mit bedeutsa-men Produktions- und Dienstleistungspotenzi-alen (39,2 %)	407	43,0 %	4,4 %	45.203	55.653	125	3,8
Hoch verdichtete Regio-nen mit strukturellen Schwächen (15,1 %)	1.693	82,3 %	10,7 %	37.301	56.987	139	3,6
Peripher gelegene, gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismus-potenzialen (5,4 %)	176	27,9 %	6,1 %	39.857	49.925	127	22,0
Regionen mit starken strukturellen Defiziten, teilweise peripher gele-gen (24,6 %)	433	40,9 %	9,0 %	36.636	48.814	105	3,8
(b) Schematischer Vergleich der sechs Kreisregionstypen*							
Strukturstarke hoch verdichtete Dienst-leistungszentren (15,2 %)	+	+	0	+	+ +	+	0
Standorte industrieller Global Player (0,5 %)	–	+	0	+	+ +	+ +	–
Standorte mit bedeutsa-men Produktions- und Dienstleistungs-potenzialen (39,2 %)	–	–	+ +	+ +	0	0	–
Hoch verdichtete Regio-nen mit strukturellen Schwächen (15,1 %)	+ +	+ +	– –	– –	0	0	–
Peripher gelegene, gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismus-potenzialen (5,4 %)	– –	– –	0	–	–	0	+ +
Regionen mit starken strukturellen Defiziten, teilweise peripher gelegen (24,6 %)	–	0	–	– –	– –	–	–

* Erläuterung: ++ = sehr günstig, + = günstig, 0 = durchschnittlich, – = ungünstig, – – = sehr ungünstig

Quelle: BBSR (2014), Karte 3 und Anhang-Tabelle 2.

Im ersten Teil der Tabelle finden sich die Kennzahlen dieser Strukturindikatoren (Tabelle 2-a), im zweiten Teil eine schematische Darstellung, in der die relative Situation des jeweiligen Kreisregionstyps mit den Einschätzungen „sehr günstig“ (++), „günstig“ (+), „durchschnittlich“ (0), „ungünstig“ (–) oder „sehr ungünstig“ (– –) versehen ist (Tabelle 2-b). Wie deutlich zu erkennen ist, überwiegen in den strukturstarken hoch verdichteten Dienstleistungszentren und den Standorten industrieller Global Player die als günstig eingeschätzten Ausprägungen der Strukturindikatoren. Dagegen bestimmen in den peripher gelegenen und gering verdichteten Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen sowie den Regionen mit starken strukturellen Defiziten die als ungünstig eingeschätzten Ausprägungen der Strukturindikatoren das Bild. Dennoch ist festzuhalten, dass sich die Profile der Kreisregionstypen nicht in allen Beschreibungsdimensionen in dieselbe lineare Reihenfolge bringen lassen. Insbesondere mit Blick auf die Standorte industrieller Global Player, die Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen sowie die hoch verdichteten Regionen mit strukturellen Schwächen handelt es sich um räumliche Gebiete, in denen sich günstige und ungünstige Gegebenheiten mischen.

5.2.2 Regionale Disparitäten: Demografische Entwicklung, Pflegebedarf und Armut

Unterscheidet sich die demografische Entwicklung in den sechs nach demografischen, wirtschaftlichen und sozialen Merkmalen gruppierten Kreisregionstypen? Gibt es unterschiedliche Pflegebedarfe in unterschiedlichen Regionen? Ist die Armutsquote in unterschiedlichen Regionen unterschiedlich ausgeprägt? Für die Beantwortung dieser Fragen werden zwei Zeitabschnitte betrachtet. Zunächst wird der Blick auf den (in der Vergangenheit liegenden) Zeitraum 2000 bis 2012 gerichtet und im Anschluss daran auf den (zum Großteil in der Zukunft liegenden) Zeitraum 2011 bis 2030. Regionale Disparitäten in der demografischen Entwicklung werden für die wirtschaftlich-sozialen Kreisregionstypen tabellarisch dargelegt. Gegebenenfalls werden Ergebnisse auch kartografisch, basierend auf den 96 Raumordnungsregionen in Deutschland dargestellt, um räumliche Unterschiede in der demografischen Entwicklung Deutschlands zu veranschaulichen.

(a) Blick in Vergangenheit und Gegenwart: Demografische Strukturen und Trends 2000 bis 2012

Die demografischen Strukturen und Trends für die Jahre 2000 bis 2012 unterscheiden sich deutlich zwischen den sechs nach demografischen, wirtschaftlichen und sozialen Merkmalen gebildeten Kreisregionstypen (Tabelle 3). Zwischen 2000 und 2012 erfuhren die beiden strukturstärksten Kreisregionstypen ein Bevölkerungswachstum, während in den beiden strukturschwächsten Kreisregionstypen ein Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen war.

Tabelle 3

Demografische Strukturen und Trends 2000 bis 2012 in den sechs Kreisregionstypen

	Bevölkerungsentwicklung 2000-2012 (%)	**Gestorbenenüberschüsse* 2001-2012 (je 100 Einwohner)**	**Wanderungssaldo 2001-2012 (je 100 Einwohner)**	**Lebenserwartung insgesamt 2009/2010/2011 (Jahre)**	**Durchschnittsalter der Bevölkerung 2011 (Jahre)**
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	+6,5	-0,2	6,7	81,2	42,6
Standorte industrieller Global Player	+4,8	-1,0	5,9	80,9	43,1
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	+0,3	-1,7	2,0	80,8	43,3
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	+0,1	-2,5	2,5	79,8	43,6
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen	-1,8	-3,3	1,6	80,4	44,4
Regionen mit starken strukturellen Defiziten, teilweise peripher gelegen	-5,0	-4,0	-1,0	80,0	45,1

* Die Differenz aus Lebendgeborenen und Gestorbenen des angegebenen Jahres führt im Saldo zu einem Lebendgeborenen- oder Gestorbenenüberschuss. Bereits seit Anfang der 1970er Jahre ist die Zahl der Lebendgeborenen niedriger als die Zahl der Gestorbenen, sodass es seitdem einen Gestorbenenüberschuss gibt.

Quelle: BBSR (2014), Tabelle 5.

In ähnlicher Weise lassen sich die Kreisregionstypen hinsichtlich der weiteren demografischen Indikatoren charakterisieren: In den strukturstärkeren Kreisregionstypen sind die Gestorbenenüberschüsse (vgl. die Erläuterung in Tabelle 3) eher klein, der Wanderungssaldo positiv und das Durchschnittsalter der Bevölkerung relativ gering. Dagegen sind in den strukturschwächeren Kreisregionstypen die Gestorbenenüberschüsse größer, der Wanderungssaldo negativ und das Durchschnittsalter der Bevölkerung relativ hoch, während die Lebenserwartung relativ ausgeglichen ist (Tabelle 3).

Betrachtet man die demografischen Strukturen und Trends bei den über 64-Jährigen in den sechs Kreisregionstypen (Tabelle 4), so lassen sich die folgenden Beobachtungen machen: Obwohl in den strukturstärkeren Kreisregionstypen die fernere Lebenserwartung am höchsten ist (z. B. 20,2 Jahre in den strukturstarken hoch verdichteten Dienstleistungszentren), lag hier der Anteil der über 64-Jährigen (19,2 %) und der über 74-Jährigen (8,6 %) niedriger als in strukturschwächeren Kreisregionen. In den peripher gelegenen Regionen mit starken strukturellen Defiziten lagen die fernere Lebenserwartung bei 19,3 Jahren und der Anteil der über 64-Jährigen und der über 74-Jährigen bei 22,3 und 9,9 Prozent.

Tabelle 4

Demografische Strukturen und Trends 2000 bis 2012 bei den über 64-Jährigen in den sechs Kreisregionstypen

	Fernere Lebens-erwartung der über 64-Jährigen 2009/2010/2011 (Jahre)	**Anteil der über 64-Jährigen an Bevölke-rung 2010 (%)**	**Anteil der über 74-Jährigen an Bevölke-rung 2010 (%)**	**Zuwachs der über 64-Jährigen 2000-2010 (%)**	**Zuwachs der über 74-Jährigen 2000-2010 (%)**
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	20,2	19,2	8,6	20,7	16,8
Standorte industrieller Global Player	20,3	20,7	9,5	20,9	31,6
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienst-leistungspotenzialen	19,7	20,0	9,0	24,5	30,8
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	19,3	20,5	9,1	19,5	22,5
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit aus-geprägten Tourismuspotenzialen	19,7	21,7	9,7	25,0	27,1
Regionen mit starken strukturellen Defiziten, teilweise peripher gelegen	19,3	22,3	9,9	23,8	30,9

Quelle: BBSR (2014), Tabelle 7.

Ähnliches gilt für den Zuwachs im Anteil der über 64-Jährigen sowie der über 74-Jährigen: Insbesondere die Zuwächse bei den über 74-Jährigen – einer Altersgrenze, ab der die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit deutlich erhöht ist – waren im Zeitraum von 2000 bis 2010 in den strukturschwächsten Kreisregionstypen am höchsten.

(b) Blick in die Zukunft: Demografische Strukturen und Trends 2011 bis 2030

Auch die zukünftige Entwicklung der demografischen Strukturen weist große regionale Disparitäten auf (Tabelle 5). Hinsichtlich der sechs Kreisregionstypen fällt auf, dass es zwischen 2011 und 2030 nicht in allen Regionen Deutschlands zu einer Verkleinerung der Bevölkerung kommen wird. In den strukturstarken hoch verdichteten Dienstleistungszentren wird es in diesem Zeitraum noch ein leichtes Wachstum von 2,6 Prozent geben, während vor allem strukturschwächere, zum Teil peripher gelegene Regionen eine Schrumpfung der Bevölkerung verzeichnen werden (in Tourismusregionen beträgt diese Schrumpfung im Durchschnitt -2,9 Prozent, in den Regionen mit starken strukturellen Defiziten sogar -8,1 Prozent).

Tabelle 5

Demografische Strukturen 2030 und Trends 2011 bis 2030 in den sechs Kreisregionstypen

	Bevölkerungszahl 2030 (in 1000)	Anteil an der Gesamtbevölkerung 2030 (%)	Veränderung der Bevölkerung 2011-2030 (%)	Durchschnittsalter 2030 (in Jahren)	Veränderung im Durchschnittsalter 2011-2030 (in Jahren)
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	3		+2,6	44,7	2,1
Standorte industrieller Global Player			-0,8	45,4	2,3
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	7		-0,4	47,0	3,7
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	3		-2,2	46,0	2,4
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen			-2,9	48,6	4,2
Regionen mit starken strukturellen Defiziten, teilweise peripher gelegen	6		-8,1	48,6	3,5

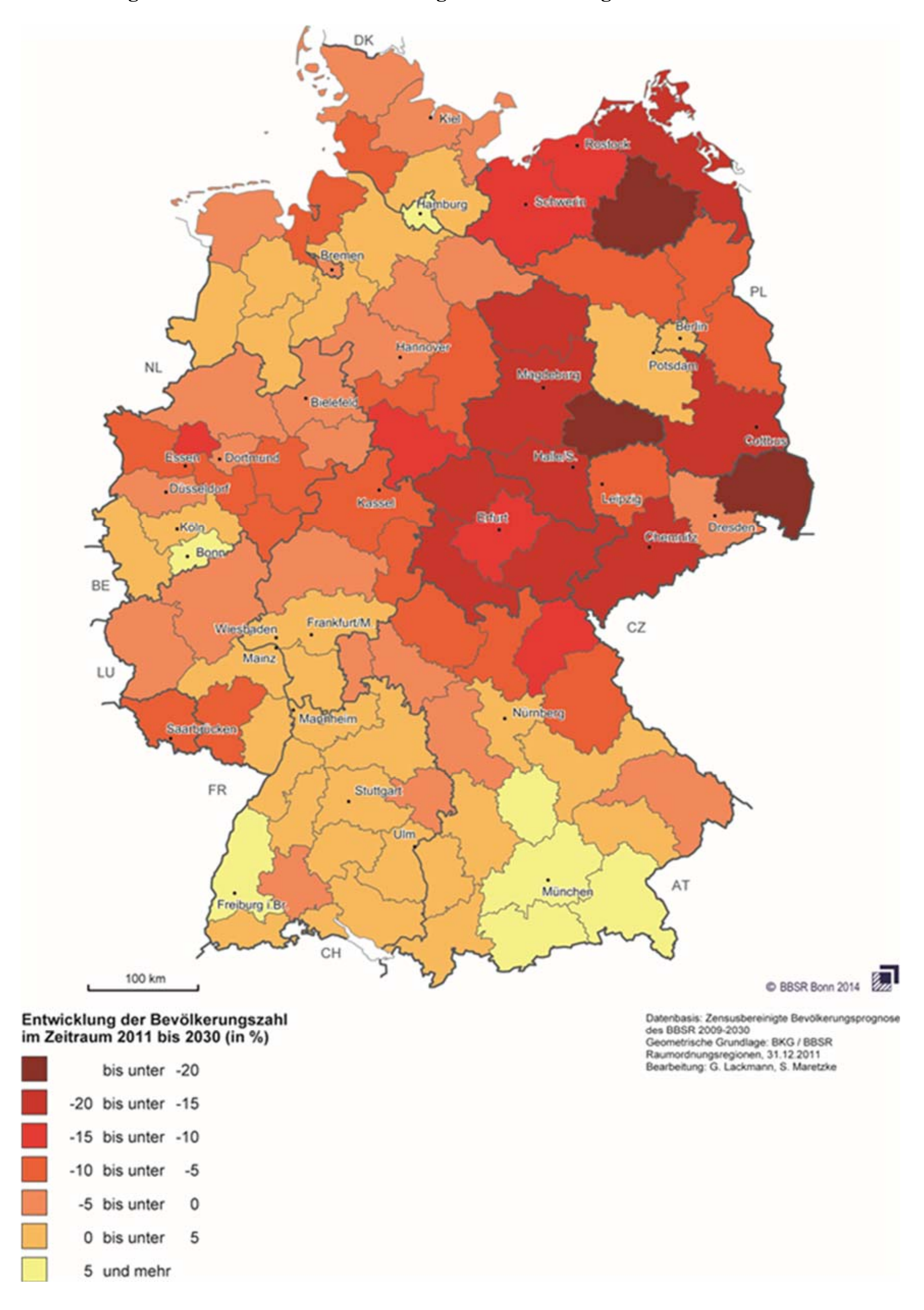
Quelle: BBSR (2014), Tabelle 6.

Auch das mittlere Alter der Bevölkerung wird sich im Jahr 2030 regional unterscheiden: In den strukturstarken hoch verdichteten Dienstleistungszentren wird das mittlere Alter dann bei etwa 44,7 Jahren liegen (und die Veränderung im Durchschnittsalter zwischen 2011 und 2030 wird etwa 2,1 Jahre betragen). Dagegen wird in beiden strukturschwächeren, zum Teil peripher gelegenen Regionstypen im Jahr 2030 das mittlere Alter etwa 48,6 Jahre ausmachen (und der entsprechende Zuwachs im Durchschnittsalter wird bei etwa 3,5 Jahren in den Regionen mit starken strukturellen Defiziten und bei 4,2 Jahren in den Tourismusregionen liegen).

In Abbildung 2 sind die demografischen Trends zwischen 2011 und 2030 kartografisch anhand von Raumordnungsregionen abgebildet. Hier zeigt sich, dass ein besonders starker Bevölkerungsrückgang vor allem im Osten von Deutschland zu erwarten ist.

Abbildung 2

Regional differenzierte Entwicklung der Bevölkerungszahl 2011 bis 2030



Quelle: BBSR (2014), Karte 5.

Tabelle 6

Demografische Strukturen 2030 und Trends 2011 bis 2030 in den sechs Kreisregionstypen bei den über 64-Jährigen

	Anteil der über 64-Jährigen an Bevölkerung 2030 (%)	**Anteil der über 74-Jährigen an Bevölkerung 2030 (%)**	**Zuwachs der über 64-Jährigen 2011-2030 (%)**	**Zuwachs der über 74-Jährigen 2011-2030 (%)**
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	23,2	11,4	24,2	35,4
Standorte industrieller Global Player	24,6	12,1	18,7	27,2
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	27,7	13,2	38,3	45,0
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	25,5	12,5	22,0	32,4
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen	30,3	14,6	35,8	46,2
Regionen mit starken strukturellen Defiziten, teilweise peripher gelegen	30,7	15,0	26,2	36,1

Quelle: BBSR (2014), Tabelle 8.

Auch bei den über 64-Jährigen sind deutliche regionale Unterschiede in der prognostizierten demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2030 festzustellen (Tabelle 6): Während der Anteil der über 64-Jährigen in den strukturstarken Regionen unter 25 Prozent liegt, beträgt er in den strukturschwächeren, zum Teil peripher gelegenen Regionen mehr als 30 Prozent. In ähnlicher Weise unterscheiden sich auch die Anteile der über 74-Jährigen: Sie liegen in den strukturstarken Regionen bei etwa 12 Prozent, bei den strukturschwächeren Regionen dagegen bei mehr als 14 Prozent. Die regional differenzierten Zuwächse bei den über 64-Jährigen beziehungsweise über 74-Jährigen lassen sich allerdings keinem klaren Muster zuordnen.

(c) Pflegebedarf – jetzt und in der Zukunft

Eine zentrale Größe für Sorge und Mitverantwortung in der Kommune ist der Pflegebedarf, der vor allem im hohen Alter entsteht. Hierbei ist zu fragen, ob es – ähnlich wie im Hinblick auf demografische Strukturen und Trends – auch regionale Disparitäten im Pflegebedarf gibt. Regionen, in denen viele Menschen leben, die älter als 74 Jahre sind, werden mit hoher Wahrscheinlichkeit auch einen höheren Anteil an Menschen mit Pflegebedarf, das heißt mit Bezug von Pflegeleistungen zu versorgen haben.

Stellt man die sechs Kreisregionstypen nebeneinander (Tabelle 7), so fällt auf, dass die Pflegequoten in den strukturschwächeren Regionen höher sind als in den strukturstarken Regionen. Dies kann zum Teil mit den unterschiedlichen demografischen Strukturen in den Kreisregionstypen erklärt werden. Vergleicht man beispielsweise die Unterschiede im Anteil der über 74-Jährigen und die Pflegequote bei den über 74-Jährigen in den strukturstarken hoch verdichteten Dienstleistungszentren und den Regionen mit starken strukturellen Defiziten, so findet man in etwa dieselben Verhältnisse: Anteil der über 74-Jährigen 8,6 Prozent zu 9,9 Prozent (Tabelle 4), Pflegequote bei den über 74-Jährigen 197,8 pro 1.000 Einwohner zu 229,8 pro 1.000 Einwohner. In beiden Fällen liegen die Werte in den Regionen mit starken strukturellen Defiziten um etwa 15 Prozent höher als in den strukturstarken hoch verdichteten Dienstleistungszentren. In ähnlicher Weise sind die Pflegequoten bei Frauen sowie die Pflegequoten der Pflegestufe 2 und höher in den strukturschwächeren Kreisregionstypen stärker ausgeprägt.

Tabelle 7

Pflegebedarf 2011 in den sechs Kreisregionstypen

	Pflegebedürftige insgesamt (je 1.000 Einwohner)	**Pflegebedürftige Frauen (je 1.000 Einwohner)**	**Pflegebedürftige über 74-Jährige (je 1.000 Einwohner)**	**Pflegebedürftige Pflegestufe 2 und höher (je 1.000 Einwohner)**
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	24,8	32,3	197,8	11,7
Standorte industrieller Global Player	25,3	32,7	182,3	11,3
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	28,4	36,8	217,1	13,6
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	30,7	40,0	222,8	13,6
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen	32,9	42,0	229,8	15,5
Regionen mit starken strukturellen Defiziten, teilweise peripher gelegen	33,7	44,1	229,8	15,5

Quelle: BBSR (2014), Tabelle 13. Erläuterung: Pflegebedürftige sind Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Zusätzliche Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Strukturstärke beziehungsweise -schwäche und Pflegebedarf können die Unterschiede in der sozialen Zusammensetzung der regionalen Bevölkerungen sein. Beispiele für Faktoren, die mit dem Bezug von Pflegeleistungen im höheren Alter zusammenhängen und nach denen sich regionale Bevölkerungen unterscheiden, sind etwa Bildungsabschluss und Berufsqualifikation, Vorhandensein eines Partners, Existenz, Anzahl und Nähe von Kindern sowie der Migrationshintergrund. Schließlich können auch die sozioökonomischen Unterschiede zwischen den Regionen eine bedeutsame Rolle spielen. Zwischen den Regionen kann es erhebliche Unterschiede im sozioökonomischen Status geben, die auch auf die gesundheitliche Situation im Alter Einfluss haben können (Lampert 2009).

Tabelle 8

Zunahme des Pflegebedarfs von 2011 bis 2030 in den sechs Kreisregionstypen

	Veränderung der Pflegequote insgesamt (%)	Veränderung der Pflegequote Frauen (%)	Veränderung der Pflegequote über 74-Jährige (%)	Veränderung der Pflegequote Pflegestufe 2 und höher (%)
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	32,1	40,8	212,7	15,1
Standorte industrieller Global Player	32,6	42,0	201,3	14,7
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	39,8	50,0	230,2	19,1
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	41,0	52,2	244,3	18,3
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen	46,7	57,7	242,2	22,0
Regionen mit starken strukturellen Defiziten, teilweise peripher gelegen	48,8	61,9	250,6	22,6

Quelle: BBSR (2014), Tabelle 13.

Die aktuellen räumlichen Disparitäten im Pflegebedarf werden auch in Zukunft von Bedeutung sein. Dabei verschärfen sich die Pflegebedarfe insbesondere in den infrastrukturell schwächeren, teilweise peripher gelegenen Regionen. Dies betrifft die Veränderung der Pflegequote insgesamt sowie die Veränderungen der Pflegequote bei Frauen, der Pflegequote bei den über 74-Jährigen und der Pflegequote von Menschen mit Pflegestufe 2 oder 3 beziehungsweise Härtefälle.

(d) Regionale Unterschiede in materiellen Bedarfslagen

Einen wichtigen Rahmen für gesellschaftliche Teilhabe bildet das Haushaltseinkommen, das im Alter durch Erwerbsarbeit nur noch bedingt verändert werden kann. Dabei wird zwischen drei Säulen oder Schichten des Alterseinkommens unterschieden. Für den Großteil der Haushalte im Rentenalter sind Transfers aus der gesetz-lichen Rentenversicherung die Haupteinkommensquelle, für einen kleineren Teil die Beamtenversorgung oder berufsständische Versorgungsleistungen. Dazu kommen weitere Alterssicherungsleistungen, wie etwa die Riesterrente oder betriebliche Altersvorsorge. Ein Teil der Rentnerhaushalte verfügt zudem über private Altersvorsorgeleistungen beziehungsweise Einnahmen aus weiteren Einkommensquellen (etwa durch Vermietung oder Verpachtung, vgl. Union Investment 2013).

Im Folgenden soll der Blick auf Notlagen in der Einkommenssituation und deren regionale Verteilung gerichtet werden. Dabei wird der Anteil von Personen, die Grundsicherungsleistungen erhalten, als Indikator für Bedarfslagen verwendet, und zwar insgesamt sowie bezogen auf die Personen im Alter von 65 Jahren und älter. Bei den Grundsicherungsleistungen handelt es sich um bedarfsorientierte und bedürftigkeitsgeprüfte Sozialleistungen zur Sicherstellung des Lebensunterhalts. Hierzu zählen Grundsicherungsleistungen der Sozialhilfe (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und Hilfe zum Lebensunterhalt) sowie Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II und Sozialgeld). Die Bedürftigkeit konzentriert sich vor allem auf hoch verdichtete Kreisregionstypen (Tabelle 9). Es weisen auch strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren recht häufig armutsnahe Lebenslagen auf. An Standorten mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen, aber auch in den Regionen mit starken strukturellen Defiziten sowie in den Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen liegen diese Anteile hingegen deutlich niedriger.

Tabelle 9

Empfänger von Grundsicherungsleistungen in den sechs Kreisregionstypen

	Empfänger von Grundsicherung 2011, gesamt (je 1.000 Einwohner)	**Empfänger von Grundsicherung 2011, 65 und älter (je 1.000 Einwohner über 64 Jahre)**
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	12,4	41,3
Standorte industrieller Global Player	10,8	31,1
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	7,9	19,3
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	15,3	43,6
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen	8,9	19,4
Regionen mit starken strukturellen Defiziten, teilweise peripher gelegen	9,7	20,1

Quelle: BBSR (2014), Tabelle 4.

5.2.3 Regionale Disparitäten: Soziale und technische Infrastrukturen

Regionen unterscheiden sich deutlich hinsichtlich ihrer demografischen Struktur, ihres Pflegebedarfs sowie der armutsnahen Bedarfslagen. Die demografischen Disparitäten zwischen Regionen werden sich bis zum Jahr 2030 verfestigen und zum Teil verschärfen. Wie sind nun die Regionen und Kommunen für die gegenwärtigen und zukünftigen Bedarfe ihrer älter werdenden Bevölkerung gerüstet? Welche sozialen und technischen Infrastrukturen sind vorhanden, und welche regionalen Disparitäten lassen sich dabei feststellen? Diesen Fragen wird mit Blick auf insgesamt sieben wichtige Bereiche der Daseinsvorsorge und des täglichen Lebens nachgegangen, die insbesondere für ältere Menschen von Bedeutung sind (BBSR 2014c):

- Gesundheitsversorgung
- Pflegeversorgung
- Nahversorgung (Lebensmittelgeschäfte, Postfilialen)
- Wohnraumversorgung
- Kultur- und Freizeitinfrastruktur
- Erreichbarkeit von Infrastrukturen
- Breitbandversorgung.

(a) Regionale Disparitäten in der Gesundheitsversorgung

Für ältere Menschen ist die gesundheitliche Betreuung am Wohnstandort ein wichtiger Faktor der Lebensqualität. Hierfür werden die Versorgung mit Krankenhäusern sowie die Versorgung mit Hausarztpraxen und Apotheken betrachtet (Tabelle 10). Die Zahl der Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner schwankt dabei zwischen 45 in den Kreisen mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen und 92 in den Standorten industrieller Global Player. Diese regionalen Disparitäten sind möglicherweise auch auf unterschiedlich verlaufende Prozesse des Strukturwandels in Richtung wettbewerbsfähigerer Strukturen zurückzuführen und weniger auf die Strukturstärke von Regionen.

Die Versorgung mit Hausarztpraxen und Apotheken ist regional relativ ausgeglichen. Zudem sind keine Zusammenhänge mit der Strukturstärke einer Region festzustellen. Bei der Hausarztversorgung liegen die Werte zwischen 58 Hausärzten je 100.000 Einwohner (in den hoch verdichteten Regionen mit strukturellen Schwächen sowie den Standorten mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen) und 69 (in strukturstarken

hoch verdichteten Dienstleistungszentren), bei den Apotheken zwischen 25,2 Apotheken je 100.000 Einwohner (in Standorten mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen) und 28,4 (in strukturstarken hoch verdichteten Dienstleistungszentren). Unterschiede in den Distanzen zu Hausarztpraxis und Apotheke sind zwar erheblich, aber nicht mit der Strukturstärke der Kreisregionstypen verknüpft.

Tabelle 10

Ausgewählte Strukturen der gesundheitlichen Versorgung 2011 in den sechs Kreisregionstypen

	Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner	Hausärzte je 100.000 Einwohner	Apotheken je 100.000 Einwohner	Durchschnittliche Luftliniendistanz (in m) zum nächsten Hausarzt	Durchschnittliche Luftliniendistanz (in m) zur nächsten Apotheke
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	64	69	28,4	1.480	1.929
Standorte industrieller Global Player	92	61	28,4	948	1.005
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	45	58	25,2	2.484	3.053
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	64	58	25,7	949	1.085
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen	54	65	27,5	2.931	3.695
Peripher gelegene Regionen mit starken strukturellen Defiziten	56	62	25,8	2.877	3.585

Quelle: BBSR (2014), Tabelle 10.

(b) Regionale Disparitäten in der Pflegeversorgung

Um die regionale Versorgung im Bereich der Langzeitpflege zu charakterisieren, werden vier Indikatoren herangezogen: Die Zahl der für jeweils 100 pflegebedürftige Menschen verfügbaren Pflegekräfte im stationären und im ambulanten Bereich sowie die verfügbaren Plätze in Einrichtungen der vollstationären Pflege sowie Plätze in der Kurzzeitpflege je 100 Pflegebedürftige.

Mit Blick auf die sechs Kreisregionstypen zeigen sich zwar deutliche regionale Unterschiede in den vier Indikatoren zur Pflegeversorgungsinfrastruktur, aber es ist kein klares Disparitätsmuster zu erkennen (Tabelle 11). Im Bereich der ambulanten Pflege weisen nicht allein die strukturstarken hoch verdichteten Dienstleistungszentren und die Standorte industrieller Global Player, sondern auch hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen überdurchschnittlich gute Betreuungswerte auf (mehr als 50 Pflegekräfte je 100 ambulant Pflegebedürftige). Dagegen ist die Personalausstattung mit Pflegekräften in ambulanten Diensten in den Standorten mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen, den peripher gelegenen und gering verdichteten Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen sowie den Regionen mit starken strukturellen Defiziten deutlich geringer.

Die Personalausstattung in der stationären Pflege weist dagegen ein ganz anderes regionales Muster auf (Tabelle 11). Hier ist in fast allen Regionen eine ähnliche Personalausstattung zu beobachten (zwischen 85 und 90 in der stationären Pflege beschäftigte Pflegekräfte pro 100 Pflegebedürftige). Nur in den Standorten mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen gibt es eine deutlich bessere Betreuungsquote (95 Pflegekräfte je 100 Pflegebedürftige in der stationären Versorgung), während die Standorte industrieller Global Player und die teilweise peripher gelegenen Regionen mit starken strukturellen Defiziten lediglich Werte unter 85 erreichen. Ähnlich gering sind die Unterschiede im Angebot der stationären und teilstationären pflegerischen Versorgung.

Die Quote der Plätze in vollstationären Einrichtungen pro 100 Pflegebedürftige liegt in allen Regionen über 100 (nämlich zwischen 112 und 119). Ein klares Muster ist dabei nicht erkennbar (Tabelle 11).

Tabelle 11

Ausgewählte Strukturen der pflegerischen Versorgung 2011 in den sechs Kreisregionstypen

	Pflegepersonal ambulant je 100 Pflege-bedürftige	**Pflegepersonal stationär je 100 Pflegebedürftige**	**Plätze: vollstationär je 100 Pflege-bedürftige**	**Plätze: vollstationär und Kurzzeitpflege je 100 Pflege-bedürftige**
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	59,1	86,0	116,1	118,4
Standorte industrieller Global Player	50,0	84,3	119,3	122,2
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	46,5	94,9	117,6	120,2
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	59,6	87,7	112,0	114,6
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen	46,8	88,0	118,8	121,3
Peripher gelegene Regionen mit starken strukturellen Defiziten	47,1	83,3	112,0	114,6

Quelle: BBSR (2014), Tabelle 14.

(c) Regionale Disparitäten in der Nahversorgung

Wichtige Orte der Nahversorgung sind Läden des täglichen Bedarfs sowie Postfilialen. Angesichts eines Wandels im Einzelhandel wird im Folgenden die regionale Struktur von Supermärkten, Discountern und Postfilialen dargestellt. Andere, ebenfalls wichtige Aspekte der Nahversorgung sind dabei allerdings nicht abgedeckt: Kleine Geschäfte des täglichen Bedarfs sind insbesondere im ländlichen Raum ein bedeutender Teil der Nahversorgung. Spezialgeschäfte des Einzelhandels sind besonders in den Innenstädten strukturstarker Regionen anzutreffen. Die Versorgung über den internetbasierten Einzelhandel gewinnt zunehmend an Bedeutung, bedarf aber ebenfalls einer Infrastruktur vor Ort (Annahme bei Abwesenheit eines Kunden, Rückgabemöglichkeit).

Supermärkte, Discounter und Postfilialen decken wesentliche Aufgaben der Grundversorgung ab. Im Vergleich der sechs Kreisregionstypen (Tabelle 12) zeigt sich ein klarer Zusammenhang zwischen Strukturstärke und Dichte von (preiswerten) Discountern: Sinkt die Strukturstärke, so wächst die Dichte an Discountern. In strukturstarken hoch verdichteten Dienstleistungszentren finden sich im Durchschnitt 16,2 Discounter pro 100.000 Einwohner; in peripher gelegenen Regionen mit starken strukturellen Defiziten dagegen etwa 1,5-mal so viele (23,3). Die Dichte von Supermärkten schwankt zwar regional ebenfalls erheblich, allerdings nicht in Abhängigkeit von der Strukturstärke einer Region. Auch bei der Ausstattung mit Postfilialen gibt es Unterschiede, jedoch weisen die strukturschwächsten Regionstypen die höchste Dichte an Postfilialen auf. Der Typus der peripher gelegenen, strukturschwachen Regionen ist auch dadurch gekennzeichnet, dass die Entfernung zu Einrichtungen der Nahversorgung (Supermärkte, Discounter, Postfilialen) hier am größten ist.

Tabelle 12

Ausgewählte Strukturen der Nahversorgung 2012/2013 in den sechs Kreisregionstypen

	Discounter je 100.000 Einwohner 2013	Supermärkte je 100.000 Einwohner 2013	Durchschnitt-liche Luft-liniendistanz zu Discounter/ Supermarkt 2013 (in m)	Postfilialen je 100.000 Einwohner 2012	Durchschnitt-liche Luft-liniendistanz zur nächsten Postfiliale 2012 (in km)
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	16,2	16,6	1.678	29,9	1,1
Standorte industrieller Global Player	19,5	16,9	833	28,7	1,1
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	19,1	20,3	2.587	38,5	2,2
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	17,5	13,8	1.000	26,7	0,8
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen	22,8	28,2	3.003	47,6	2,5
Peripher gelegene Regionen mit starken strukturellen Defiziten	23,3	18,4	3.048	37,4	2,1

Quelle: BBSR (2014), Tabelle 15.

(d) Regionale Disparitäten im Wohnungsmarkt

Der demografische Wandel bringt für den Wohnungsmarkt in Deutschland große Herausforderungen mit sich. Schrumpfung und Alterung der Gesellschaft werden auch im Bereich der Wohnraumversorgung die Anforderungen an den Wohnungsmarkt erheblich verändern. Eine höhere (durchschnittliche) Wohnflächennachfrage wird wahrscheinlich in Großstädten (vor allem München, Berlin, Hamburg, Bonn und Stuttgart) sowie in Teilen Brandenburgs, Nordniedersachsens, Bayerns und Baden-Württembergs zu sehen sein. Eine sinkende Nachfrage nach Wohnungen wird es dagegen vor allem in den neuen Ländern sowie in Teilen Niedersachsens, in Nordhessen, im Ruhrgebiet und in Oberfranken geben. „Die Spannweite der Nachfrageentwicklung nach Wohnfläche reicht insgesamt von einem Zuwachs um insgesamt 14 Prozent in München bis zu einem Rückgang um knapp 10 Prozent in Halle (Saale)“ (Waltersbacher und Scharmanski 2010: 5f.). Zugleich wird sich im Zuge der demografischen Alterung auch die qualitative Nachfrage nach Wohnraum ändern in Richtung von mehr barrierefreien und kleineren Wohnungen.

Unterschiedliche Regionen haben recht unterschiedliche Strukturen des Wohnungsmarktes und damit auch eine unterschiedliche Basis für den Umgang mit der sich im Zuge des demografischen Wandels verändernden Nachfrage nach Wohnraum. Der Anteil von Wohneigentum in Deutschland reflektiert die historisch gewachsene Struktur auf dem Immobilien- und Wohnungsmarkt und charakterisiert diesen als vorwiegenden Mietermarkt. Der Anteil von Wohneigentum ist in Westdeutschland nach wie vor höher als in Ostdeutschland (BBSR 2014c) und die Unterschiede nach den Kreisregionstypen (Tabelle 13) zeigen, dass insbesondere in peripher gelegenen Regionen und in Standorten mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungszentren der Anteil der Wohnungen in Eigentum höher ist als in den anderen Regionen.

Tabelle 13

Ausgewählte Strukturen des Wohnungsmarktes 2011 in den sechs Kreisregionstypen

	Anteil der Wohnungen in Eigentum (%)	Anteil der Wohnungen mit Leerstand (%)	Durchschnittliche Größe der Wohnungen (m^2)	Durchschnittliches Baualter der Wohnungen (in Jahren)
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	29,9	3,1	80,8	42,7
Standorte industrieller Global Player	37,4	3,7	85,1	39,6
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	54,6	4,1	102,4	39,4
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	27,6	3,9	78,7	45,5
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen	48,2	4,3	94,9	39,8
Peripher gelegene Regionen mit starken strukturellen Defiziten	40,4	6,2	85,8	44,9

Quelle: BBSR (2014), Tabelle 12.

Der Wohnungsleerstand ist in den peripher gelegenen Regionen mit starken strukturellen Defiziten mit 6,2 Prozent deutlich höher als in den anderen Regionen (Tabelle 13). Ebenso unterscheidet sich die Wohnungsgröße nach Kreisregionstypen, wobei hier die durchschnittliche Wohnungsgröße in den hoch verdichteten Regionen deutlich unter der Wohnungsgröße in den peripher gelegenen Regionen oder den Standorten mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen liegt. Das durchschnittliche Baualter der Wohnungen ist hingegen in den beiden Typen mit strukturellen Schwächen deutlich höher als in den anderen Regionen.

(e) Regionale Disparitäten in der Kultur- und Freizeitinfrastruktur

Freiwillige Aufgaben der Daseinsvorsorge umfassen auch kommunale Kultureinrichtungen wie Museen oder Bibliotheken. Gerade in Großstädten gibt es zudem kulturelle Einrichtungen der Länder und des Bundes, die ebenfalls für die regionale Versorgung von Bedeutung sind. Zu bedenken ist dabei, dass es erhebliche Unterschiede in Größe und Qualität von Museen und Bibliotheken gibt, wobei diese Differenzen sich nicht in den hier verwendeten Indikatoren widerspiegeln. In der Zahl der Museen und Bibliotheken pro 100.000 Einwohner finden sich keine systematischen Unterschiede hinsichtlich der sechs Kreisregionstypen, die auf die Infrastrukturstärke der jeweiligen Region zurückgeführt werden können (Tabelle 14). Die Anzahl der Kinosäle pro 100.000 Einwohner ist regional recht ausgeglichen. Deutliche Unterschiede finden sich vor allem hinsichtlich der Erreichbarkeit dieser Einrichtungen. Insbesondere in den peripher gelegenen Regionen sind die Anfahrtswege zu Museen, Bibliotheken und Kinosälen zum Teil erheblich weiter als in den anderen Regionstypen.

Tabelle 14

Ausgewählte Indikatoren der Kultur- und Freizeitinfrastruktur 2008/2011/2012 für die sechs Kreisregionstypen

	Museen je 100.000 Einwohner 2008	Bibliotheken je 100.000 Einwohner 2012	Kinosäle je 100.000 Einwohner 2011	Durchschnittliche Distanz zu Museen (in km) 2008	Durchschnittliche Distanz zu Bibliotheken (in km) 2012	Durchschnittliche Distanz zu Kinosälen (in km) 2011
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	6,0	7,1	7,1	2,4	2,2	3,6
Standorte industrieller Global Player	7,5	9,6	8,2	2,1	1,7	4,3
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	9,5	15,1	5,5	4,4	3,5	9,1
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	3,7	6,3	6,0	2,2	1,7	3,0
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen	15,6	15,2	7,1	4,4	4,4	9,5
Peripher gelegene Regionen mit starken strukturellen Defiziten	8,4	11,5	5,6	4,5	3,8	8,9

Quelle: BBSR (2014), Tabelle 11.

(f) Regionale Disparitäten in der Erreichbarkeit von Infrastrukturen

Für ältere Menschen ist die Verfügbarkeit hochwertiger Infrastruktur- und Dienstleistungsangebote ein wichtiger Faktor der Lebensqualität. Wenn diese Infrastruktur- und Dienstleistungsangebote nicht vor Ort erhältlich sind, sollen sie zumindest gut erreichbar sein. Um diese Angebote allen und überall gut zugänglich zu machen, sind die Kommunen in Deutschland in ein System der zentralen Orte eingeordnet. Im Raumordnungsgesetz (ROG) von 2009 heißt es dazu: „Die Versorgung mit Dienstleistungen und Infrastrukturen der Daseinsvorsorge, insbesondere die Erreichbarkeit von Einrichtungen und Angeboten der Grundversorgung für alle Bevölkerungsgruppen, ist zur Sicherung von Chancengerechtigkeit in den Teilräumen in angemessener Weise zu gewährleisten; dies gilt auch in dünn besiedelten Regionen. Die soziale Infrastruktur ist vorrangig in zentralen Orten zu bündeln; die Erreichbarkeits- und Tragfähigkeitskriterien des Zentrale-Orte-Konzepts sind flexibel an regionalen Erfordernissen auszurichten“ (ROG § 2, Absatz 3).

Besondere Versorgungsfunktionen kommen dabei vor allem den Ober- und Mittelzentren zu, in denen neben Angeboten des Grundbedarfs auch spezifische Angebote vorgehalten werden. In den Mittel- und Oberzentren finden sich eine Reihe höherwertiger Angebote wie Warenhäuser, Spezialgeschäfte, Fachärzte, Krankenhäuser, Fachkliniken, Theater, Museen, Fach- und Hochschulen oder Regionalbehörden. Als Indikatoren werden die Erreichbarkeit des nächstgelegenen Mittel- beziehungsweise Oberzentrums sowie die Erreichbarkeit hochwertiger Infrastrukturen, also Autobahnen, Fernbahnhöfe und/oder internationale Verkehrsflughäfen, verwendet, wobei die Erreichbarkeit in Zeit (Minuten) angegeben wird (Tabelle 15).

Tabelle 15

Ausgewählte Indikatoren zur Erreichbarkeit von Infrastrukturen 2012 für die sechs Kreisregionstypen

	Erreichbarkeit des nächstgelegenen Mittel- bzw. Oberzentrums (in min) 2012	**Erreichbarkeit von Autobahnen, Fernbahnhöfen und/ oder internationalen Verkehrsflughäfen (in min) 2012**
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	1,6	44
Standorte industrieller Global Player	0,0	58
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	7,6	84
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	0,1	37
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen	10,4	116
Peripher gelegene Regionen mit starken strukturellen Defiziten	4,8	75

Quelle: BBSR (2014), Tabelle 9.

Entsprechend ihrer Definition weisen die peripher gelegenen und gering verdichteten Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen sowie die peripher gelegenen Regionen mit starken strukturellen Defiziten die ungünstigsten Ausprägungen der Erreichbarkeitswerte auf (Tabelle 15). Die Erreichbarkeitsverhältnisse verbessern sich somit mit steigendem Verdichtungsgrad. Viele der hochverdichteten Regionen sind meist selbst Standort eines dieser Zentren.

(g) Regionale Disparitäten in der Breitbandversorgung

Von den Einrichtungen der technischen Infrastruktur ist die Breitbandversorgung von ihrem Potenzial auch für Ältere relevant. Ein leistungsfähiges Breitbandangebot eröffnet den Zugang zu den unterschiedlichsten sozialen Netzwerken und kann im Zusammenhang mit der täglichen Versorgung (z. B. Bestellung von Lebensmitteln) sowie der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle spielen.

Tabelle 16

Breitbandversorgung 2013 in den sechs Kreisregionstypen

	Anteile der Haushalte, die mit mind. 2 Mbit/s versorgbar sind (in %) 2013	Anteile der Haushalte, die mit mind. 50 Mbit/s versorgbar sind (in %) 2013
Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren	99,8	82,3
Standorte industrieller Global Player	100,0	88,7
Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	98,4	48,9
Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	99,9	82,5
Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen	97,6	40,9
Peripher gelegene Regionen mit starken strukturellen Defiziten	98,8	48,5

Quelle: BBSR (2014), Tabelle 16.

Während der Ausbau der 50 Mbit/s-Versorgung[30] in den hoch verdichteten und strukturstarken Wirtschaftsräumen bereits zügig vorangekommen ist (hier liegen die regionalen Verfügbarkeitsquoten teilweise über 80 %), sind es die peripher gelegenen und/oder mit strukturellen Defiziten belasteten Regionen, die Ende 2013 erhebliche Defizite bei der leistungsfähigen Breitbandversorgung aufweisen (Tabelle 16).

5.3 Lebenssituationen älterer Menschen in unterschiedlichen Regionen

Trotz großer regionaler Unterschiede geht es vielen alten Menschen in Deutschland recht gut. Viele alte Menschen verfügen über ausreichende materielle Ressourcen, sind sozial eingebunden, bei guter Gesundheit und mit ihrem Leben zufrieden (Motel-Klingebiel u. a. 2010). In einer Durchschnittsbetrachtung lässt sich also ein recht positives Bild der Lebenssituation im Alter zeichnen. Dieses durchschnittliche Bild darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es erhebliche soziale Ungleichheiten in der Lebenssituation älterer und alter Menschen gibt (vgl. dazu Kapitel 4 dieses Berichts). Unterschiedliche Facetten sozialer Ungleichheit wie formale Bildung, Einkommen und Vermögen können in unterschiedlicher Weise mit verschiedenen Aspekten der Lebenssituation verknüpft sein (mit Blick auf Aspekte der Gesundheit vgl. Schöllgen u. a. 2010). Diese Wirkungen sozialer Ungleichheit sind seit langem Gegenstand sozialgerontologischer und soziologischer Untersuchungen und Bestandteil des sozialpolitischen Diskurses (Künemund und Schroeter 2008; Schulz-Nieswandt 2006; Trischler 2014; Vogel und Motel-Klingebiel 2013).

Weniger gut untersucht ist dagegen das Zusammenwirken sozialer Ungleichheit auf der individuellen Ebene der Person mit regionalen Ungleichheiten auf der Ebene von Kommunen (Glass und Balfour 2003; Kawachi und Berkman 2003b; Kümpers 2008; May und Alisch 2012). Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welche Bedeutung regionale Ungleichheiten in der räumlichen Infrastruktur für die Lebenssituation älterer Menschen haben. Die Ausführungen in diesem Abschnitt stützen sich dabei auf Auswertungen des Deutschen Alterssurveys (Wiest u. a. 2015). Empirische Analysen zeigen, dass die soziale Teilhabe von Menschen in der zweiten Lebenshälfte, festgemacht an ehrenamtlicher Betätigung und Bildungsaktivitäten, sozialstrukturell und räumlich ungleich verteilt ist (Simonson u. a. 2013). In Kapitel 4 konnte bereits gezeigt werden, dass Menschen aus den unteren sozialen Statusgruppen deutlich seltener einer Bildungsaktivität nachgehen und sich seltener formal ehrenamtlich engagieren als Personen mit höherem sozialem Status. Neu und für den Siebten Altenbericht von hoher Bedeutung ist, dass die soziale Teilhabe bei Personen in wirtschaftlich schwachen Regionen deutlich geringer ausgeprägt ist

[30] Zur Unterstützung des wirtschaftlichen Wachstums in Deutschland strebt der Bund im Rahmen der Breitbandstrategie bis 2018 eine flächendeckende Verfügbarkeit von mindestens 50 Mbit/s an.

als bei Personen in wirtschaftlich starken Regionen (Simonson u. a. 2013). Nachteilige Effekte kumulieren sich, wenn begrenzte individuelle Ressourcen und schlechte regionale Rahmenbedingungen zusammentreffen.

5.3.1 Einfluss der räumlichen Umwelt auf die Lebenssituation im Alter

In den folgenden Abschnitten wird dieser Analyseansatz thematisch breiter gefächert. Unterscheiden sich Gesundheit und subjektives Wohlbefinden, soziale Integration und freiwilliges Engagement älterer Menschen, wenn sie in unterschiedlichen sozialräumlichen Kontexten leben? Mit Hilfe statistischer Verfahren werden Alters-, Bildungs- und Einkommenseffekte auf der individuellen Ebene berücksichtigt (Wiest u. a. 2015). Für die Analysen werden Daten von 65- bis 85-jährigen Teilnehmenden des Deutschen Alterssurveys herangezogen. Die nun folgenden Fragen werden anhand empirischer Analysen diskutiert:

- *Gesundheit:* Finden sich regionale Unterschiede in der funktionalen und subjektiven Gesundheit älterer Menschen?
- *Subjektives Wohlbefinden:* Finden sich regionale Unterschiede in der Lebenszufriedenheit und der depressiven Symptomatik älterer Menschen?
- *Soziale Integration:* Finden sich regionale Unterschiede in der sozialen Integration älterer Menschen und der räumlichen Nähe zwischen alten Eltern und erwachsenen Kindern?
- *Soziale und ehrenamtliche Aktivitäten:* Finden sich regionale Unterschiede in Aktivitäten und im ehrenamtlichen Engagement älterer Menschen?

5.3.2 Verknüpfung der räumlichen und der individuellen Perspektive

Wird die Bedeutung des räumlichen Kontextes für Handlungs- und Entwicklungsspielräume älter werdender und alter Menschen betrachtet, so ist zunächst zu klären, welche räumliche Ebene von Bedeutung ist. Ist es die Ebene der Wohnung, der Nachbarschaft, der Kommune oder des (Land-)Kreises? Die ökologische Gerontologie hat vielfältige Befunde für die Bedeutung der Wohnung (Claßen u. a. 2014; Wahl und Oswald 2012) und des Wohnumfeldes (Claßen u. a. 2014; Wahl und Oswald 2012) für ein selbstständiges und selbstbestimmtes Älterwerden vorgelegt. Die Bedeutung von Nachbarschaft und Quartier für die Lebenssituation im Alter ist ebenfalls vielfach belegt worden (Falk u. a. 2011; Heusinger u. a. 2013; May und Alisch 2012; vgl. Kapitel 4 in diesem Bericht). Auch die Ebene der Kommune ist für die Lebenswirklichkeit älterer Menschen von hoher Bedeutung, etwa mit Blick auf die Nahversorgung sowie die Gesundheits- und Pflegeleistungen.

Für die vorliegenden Analysen wurde, ebenso wie im vorangegangenen Abschnitt dieses Kapitels, die Ebene der (Land-)Kreise und kreisfreien Städte gewählt, und zwar aus zwei Gründen: Zum einen sind auf der Ebene der (Land-)Kreise und kreisfreien Städte wesentliche Infrastrukturen für das Leben im Alter zu finden. Daher sind die auf dieser Ebene vorhandenen (bzw. fehlenden) Strukturen hoch bedeutsam für Handlungs- und Entwicklungsspielräume im Alter. Zweitens bietet die Ebene der (Land-)Kreise und kreisfreien Städte die umfangreichste Datenbasis für die räumliche Beschreibung (BBSR 2012a; vgl. auch die Diskussion in Abschnitt 5.2.1).

(a) Typen von (Land-)Kreisen und kreisfreien Städten

Ebenso wie in Abschnitt 2 wurden auch im vorliegenden Zusammenhang Typen von (Land-)Kreisen und kreisfreien Städten gebildet. Für die Typisierung der (Land-)Kreise und kreisfreie Städte wurde eine Clusteranalyse auf Basis von ausgewählten wirtschafts-, sozial- und siedlungsstrukturellen Indikatoren der Kreisregionen für das Jahr 2008 durchgeführt (Maretzke 2014) (Kreisregionen sind kreisfreie Städte unter 100.000 Einwohnern, die mit ihrem umgebenden Landkreis zusammengefasst wurden). Die hierfür verwendeten Indikatoren decken die Dimensionen Wirtschaftskraft und Infrastrukturausstattung, Industriepotenzial, Innovation, Bevölkerungspotenzial und touristische Attraktivität ab (vgl. Abschnitt 2 in diesem Bericht):

- *Wirtschaftskraft und Infrastrukturausstattung*: Bruttowertschöpfung je Erwerbstätigen in Euro im Dienstleistungsbereich, 2008; Bruttowertschöpfung je Erwerbstätigen in Euro im produzierenden Gewerbe, ohne Bau, 2008; Bruttowertschöpfung je Erwerbstätigen in Euro im verarbeitenden Gewerbe, 2008; Arbeitslose je 100 abhängige Erwerbspersonen, Jahresdurchschnitt 2008; Erreichbarkeit hochrangiger Infrastrukturen, 2008; jährliches Primäreinkommen in Euro, 2008; jährliches verfügbares Einkommen in Euro, 2008;

- *Industriepotenzial*: Anteil der Beschäftigten in der Industrie an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, 2008; Bruttowertschöpfung je Erwerbstätigen in Euro, 2008;
- *Innovation*: Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in wissensintensiven, unternehmensorientierten Dienstleistungen, 2008 (Statistisches Bundesamt 2003) an gesamt; Anteil sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in High-Tech-Branchen, 2008 (Forschungs- und Entwicklungsintensive Industriezweige, Statistisches Bundesamt 2003); Angemeldete „.de"-Domains je 100 Einwohner, 2008;
- *Bevölkerungspotenzial*: Bevölkerungspotenzial, 2008 (vgl. Abschnitt 5.2.1 in diesem Bericht);
- *Touristische Attraktivität*: Fremdenverkehrsbetten insgesamt, 2008.

Es wurden fünf Typen von Kreisen identifiziert, die sich in Bezug auf ihr wirtschafts-, sozial- und siedlungsstrukturelles Profil voneinander unterscheiden.

Strukturstarke Industriestandorte mit hoher Wirtschaftskraft und Produktivität

Die Kreisregionen dieses Typs weisen bundesweit das höchste Wertschöpfungsniveau je Erwerbstätigen auf. Die Wirtschaftsstruktur der Standorte dieser Kreisregionen wird in einem besonders starken Maße von industrieller Beschäftigung in Großbetrieben geprägt. Hier ist ein außerordentlich großer Anteil der Beschäftigten in forschungs- und entwicklungsintensiven Industriezweigen tätig. Für die Einwohner dieser Kreisregionen bringt dieses sehr günstige wirtschaftliche Umfeld die mit Abstand niedrigsten Arbeitslosenquoten und höchste Einkommen mit sich. Die zugehörigen Kreisregionen weisen hinsichtlich ihres Bevölkerungspotenzials und ihrer Einbindung in das Netz hochrangiger Infrastrukturen relativ durchschnittliche Werte auf. Diesem Typ gehören 28 Kreisregionen an. Alle Kreisregionen dieses Typs liegen in Westdeutschland, in den neuen Ländern gibt es keine Kreisregion dieser Art. Typische Repräsentanten dieses Typs sind die bedeutenden Produktionsstandorte Wolfsburg, Ingolstadt und der Kreis Kassel.

Hoch verdichtete Dienstleistungszentren, teilweise mit strukturellen Schwächen

Diesem Typ gehört der Großteil der hoch verdichteten kreisfreien Städte an, die bestens in das Netz hochrangiger Infrastrukturen eingebunden sind. Bei den zugehörigen Kreisregionen handelt es sich meist um äußerst wettbewerbsfähige Wirtschaftsstandorte, deren überdurchschnittliche Wirtschaftskraft leistungsfähigen Unternehmen des produzierenden Gewerbes, dem überaus hohen Anteil an Beschäftigung in forschungs- und entwicklungsintensiven Industriezweigen und/oder der starken Präsenz wissensintensiver unternehmensorientierter Dienstleistungen zu verdanken ist. Im Ergebnis dieser sehr günstigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen erzielen die Beschäftigten dieser Kreisregionen überdurchschnittlich hohe Einkommen. Die Arbeitslosigkeit ist in diesem Typ – trotz seiner strukturellen Stärken – deutlich höher als im bundesweiten Durchschnitt. Diesem Typ gehören 58 Kreisregionen an, von denen lediglich vier in den neuen Ländern liegen. Typische Vertreter dieses Typs sind in den alten Ländern die kreisfreien Städte Hamburg, Köln und München. In den neuen Ländern gehören die kreisfreien Städte Berlin, Potsdam, Dresden und Leipzig dazu.

Kreisregionen mit durchschnittlichen Produktionspotenzialen

Die Kreisregionen dieses Typs liegen abseits großer Metropolen und weisen ein unterdurchschnittliches Bevölkerungspotenzial auf. Das Einkommen und die Wertschöpfung je Beschäftigten bewegen sich auf einem durchschnittlichen, die Arbeitslosigkeit auf einem unterdurchschnittlichen Niveau. Diese relativ günstigen wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen basieren in diesem Typ auf einem Besatz an Industriebeschäftigung, der sich im bundesweiten Vergleich auf einem leicht überdurchschnittlichen Niveau bewegt. Nur die Anbindung an hochrangige Infrastrukturen gestaltet sich ungünstiger als im bundesweiten Durchschnitt. Im Großen und Ganzen weisen die prägenden Strukturindikatoren dieses Typs damit keine extremen Werte auf. Diesem Typ gehören mit Abstand die meisten Kreisregionen an (214), wobei aus den neuen Ländern einzig der Landkreis Dahme-Spreewald vertreten ist. In den alten Ländern finden sich Kreisregionen dieses Typs in insgesamt acht Bundesländern.

Peripher gelegene und geringverdichtete Tourismusregionen

Die Kreisregionen dieses Typs weisen im bundesweiten Kontext das niedrigste Bevölkerungspotenzial auf, verbunden mit einer sehr geringen Einwohnerdichte und einer unbefriedigenden Anbindung an leistungsstarke Zentren. Diese äußerst ungünstigen siedlungsstrukturellen Merkmale schlagen sich in der ungünstigsten Anbindung der zugehörigen Kreisregionen an das Netz hochrangiger Infrastrukturen nieder. Die herausragende Qualität der

Kreisregionen dieses Typs liegt in der touristischen Attraktivität, die sich in weit überdurchschnittlichen Bettenkapazitäten des Tourismusgewerbes niederschlägt. Die Industrie spielt in diesen Regionen nur eine untergeordnete Rolle. Auch wenn das Wertschöpfungsniveau in den Regionen dieses Typs unter dem Bundesdurchschnitt liegt, sichern das Tourismusgewerbe und die vielen diesem Sektor nachgeordneten unternehmerischen Aktivitäten der Bewohnerschaft dieser Regionen ausreichend Arbeitsplätze und ein durchschnittliches Einkommensniveau. Die Arbeitslosigkeit weist im bundesweiten Vergleich ein unterdurchschnittliches Niveau auf. Diesem Typ gehören 19 Kreisregionen an, von denen die meisten (14) in den alten Ländern liegen. Typische Vertreter dieses Typs sind in den alten Ländern die Kreise Wittmund, Vulkaneifel und Breisgau-Hochschwarzwald. In den neuen Ländern gehören die Kreise Bad Doberan, Ostvorpommern und Rügen dazu.

Strukturschwache Kreisregionen, teilweise peripher gelegen

Die Kreisregionen dieses Typs weisen – ähnlich wie die eben beschriebenen Tourismusregionen – ein sehr niedriges Bevölkerungspotenzial und eine ungünstige Anbindung an das Netz hochrangiger Infrastrukturen auf. Im bundesweiten Vergleich weisen die Regionen dieses Typs die höchsten strukturellen Defizite auf. Ihnen fehlt eine leistungsfähige industrielle Basis, auf deren Grundlage sich wissensintensive, unternehmensorientierte Dienstleistungen etablieren könnten. Selbst der Tourismusbereich weist in diesem Typ nur durchschnittliche Übernachtungsquoten auf. Die enormen strukturellen Defizite zeigen sich unter anderem über das bundesweit niedrigste Wertschöpfungsniveau je Erwerbstätigen, dem weit unterdurchschnittlichen Einkommen je Einwohner und Höchstwerten der Arbeitslosigkeit. Diesem Typ gehören 94 Kreisregionen an, wobei die Mehrzahl dieser Regionen (77) in den neuen Ländern liegt. Typische Repräsentanten dieses Typs sind in den neuen Ländern die Kreise Mecklenburg-Strelitz, Havelland und Nordvorpommern. In den alten Ländern gehören unter anderem die Kreise Schleswig-Flensburg, Lüchow-Dannenberg und Friesland dazu.

In Abbildung 3 ist die Verteilung der fünf Kreisregionen dargestellt (im Anhang zu diesem Kapitel findet sich eine vollständige Liste mit der Zuordnung der Kreisregionen zu Kreisregionstypen). Es ist deutlich zu sehen, dass Regionen mit mittlerer Produktivität und mittleren Einkommen sowie traditionelle Industriestandorte vor allem in den alten Bundesländern zu finden sind. Regionen mit geringer Wirtschaftskraft finden sich dagegen vor allem in den neuen Bundesländern. Großstadtregionen sind sowohl im Westen wie im Osten Deutschlands verortet. Ländliche Tourismusgebiete befinden sich insbesondere an den Grenzen Deutschlands sowie in den wenig besiedelten Regionen.

Die hier vorgestellten Regionstypen ähneln der in Abschnitt 5.2.2 vorgestellten Typologie. Das Grundprinzip der beiden Typisierungen ähnelt sich: *Innerhalb* eines Typs sind sich Kreisregionen relativ ähnlich, *zwischen* den Typen unterscheiden sich Kreisregionen deutlich. Die beiden Lösungen sind ähnlich, aber nicht vollständig identisch: Während im Abschnitt 2 sechs Kreisregionstypen beschrieben wurden, sind dies im vorliegenden Abschnitt fünf. In Tabelle 17 werden die beiden Typisierungen einander gegenübergestellt. Unterschiede ergeben sich, weil die Typisierungen des Abschnitts 2 auf Daten aus den Jahren 2011/2012 beruhte, während die Typisierung im vorliegenden Abschnitt auf Daten aus dem Jahr 2008 basiert. (Dieser Rückgriff auf Daten aus dem Jahr 2008 war notwendig, da die Individualdaten des Deutschen Alterssurveys ebenfalls im Jahr 2008 erhoben wurden.) Unterschiedliche regionale Entwicklungen führen zu unterschiedlichen Lösungen in den verwendeten statistischen Verfahren (Clusteranalyse). Große Überlappungen in beiden Typisierungen weisen insbesondere folgende Regionstypen auf:

- „Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen“ (Tabelle 2) und „Kreisregionen mit durchschnittlicher Produktionspotenzialen“ (Tabelle 18);
- „Peripher gelegene Regionen mit starken strukturellen Defiziten“ (Tabelle 2) und „Strukturschwache Kreisregionen, teilweise peripher gelegen“ (Tabelle 18).

Tabelle 17

Typisierung von Kreisregionen im Vergleich

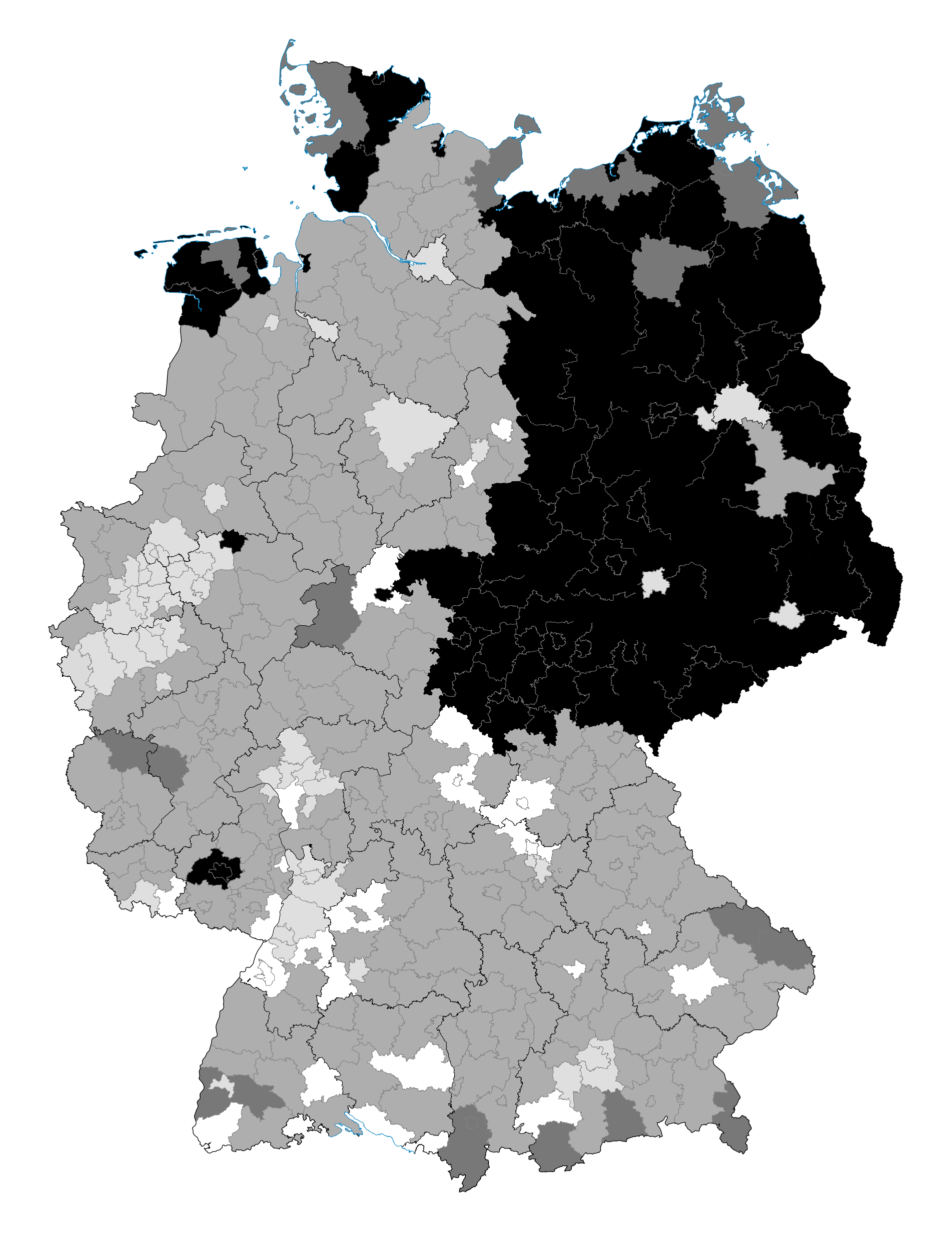
Typisierung im Abschnitt 2 „Regionale Disparitäten in Deutschland“	*Typisierung im Abschnitt 3 „Lebenssituationen älterer Menschen in Deutschland“*
1. Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren, 2. Standorte industrieller Global Playe	1. Strukturstarke Industriestandorte mit hoher Wirtschaftskraft und Produktivität
3. Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen	2. Hochverdichtete Dienstleistungszentren, teilweise mit strukturellen Schwächen
4. Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen	3. Kreisregionen mit durchschnittlichen Produktionspotenzialen
5. Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen	4. Peripher gelegene und geringverdichtete Tourismusregionen
6. Regionen mit starken strukturellen Defiziten, teilweise peripher gelegen	5. Strukturschwache Kreisregionen, teilweise peripher gelegen

Eigene Darstellung.

Im Anhang zu diesem Kapitel findet sich eine Zuordnung der (Land-)Kreise und kreisfreien Städte zu den beiden Kreisregionstypen.

Abbildung 3

Fünf Typen von Kreisregionen, die sich in Bezug auf ihr sozioökonomisches Profil voneinander unterscheiden



- Strukturstarke Industriestandorte
- Hochverdichtete Dienstleistungszentren
- Kreisregionen mit durchschnittlichen Produktionspotenzialen
- Tourismusregionen
- Strukturschwache Kreisregionen

Eigene Darstellung.

(b) Personen und ihre individuelle Lebenssituation

Um die Perspektive von älteren und alten Menschen einzunehmen, die in unterschiedlichen Regionen leben, ist es notwendig, Individualdaten zu verwenden, die aus möglichst großräumig erhobenen, thematisch weitgefassten Surveys stammen. Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) erfüllt diese Bedingung. Der DEAS ermöglicht es, Zusammenhänge zwischen Eigenschaften von Personen und Merkmalen von Kreisen zu untersuchen, da zwischen Informationen von Individuen (Personenebene) sowie Kreisen (Kreisebene) unterschieden werden kann.

Der DEAS ist eine bundesweit repräsentative, aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte Quer- und Längsschnittbefragung von Personen in der zweiten Lebenshälfte (d. h. 40 Jahre und älter). Die teilnehmenden Personen werden umfassend zu ihrer Lebenssituation befragt, unter anderem zu ihrem beruflichen Status oder ihrem Leben im Ruhestand, zu gesellschaftlicher Partizipation und nachberuflichen Aktivitäten, zu wirtschaftlicher Lage und Wohnsituation, zu familiären und sonstigen sozialen Kontakten sowie zu Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenszielen. Die Analysen basieren auf Daten von 2.774 Personen im Alter von 65 bis 85 Jahren (Geburtsjahrgänge 1923-1943), die 2008 zum ersten Mal im Rahmen des DEAS befragt wurden. Im Jahr 2008 wurde die letzte verfügbare repräsentative DEAS-Datenerhebung durchgeführt; die Auswertung der Datenerhebung aus dem Jahr 2014 ist noch nicht abgeschlossen. Die Stichprobe verteilte sich auf 206 (Land-)Kreise und kreisfreie Städte. Individualdaten standen also aus etwa der Hälfte der im Jahr 2008 in Deutschland vorhandenen (Land-)Kreise und kreisfreien Städte zur Verfügung (insgesamt 413). In Tabelle 18 ist die Verteilung der 413 (Land-)Kreise und kreisfreien Städte (im Jahr 2008) auf die fünf sozioökonomischen Kreistypen sowie die Zahl der Kreise mit DEAS-Daten pro Typ (sowie der jeweiligen DEAS-Stichprobengröße pro Kreistyp) zu sehen. Die Gruppengrößen pro Kreistyp variieren zwischen 113 Personen (peripher gelegene und geringverdichtete Tourismusregionen) und 981 Personen (Kreisregionen mit durchschnittlichen Produktionspotenzialen).

Tabelle 18

Verteilung der 413 (Land-)Kreise und kreisfreien Städte auf die fünf sozioökonomischen Kreistypen sowie die Zahl der Kreise mit DEAS-Daten pro Typ (sowie der jeweiligen DEAS-Stichprobengröße pro Kreistyp)

	Anzahl der Kreise in Deutschland 2008	**Anzahl der Kreise mit DEAS-Daten 2008 (Anzahl der Personen)**
Strukturstarke Industriestandorte mit hoher Wirtschaftskraft und Produktivität	28	10 *(157 Personen)*
Hochverdichtete Dienstleistungszentren, teilweise mit strukturellen Schwächen	58	44 *(681 Personen)*
Kreisregionen mit durchschnittlichen Produktionspotenzialen	214	84 *(981 Personen)*
Peripher gelegene und geringverdichtete Tourismusregionen	19	8 *(113 Personen)*
Strukturschwache Kreisregionen, teilweise peripher gelegen	94	60 *(842 Personen)*

Quelle: Wiest u. a. (2015), Tabelle 2.2.

Wie in vielen Studien belegt, finden sich auf individueller Ebene erhebliche Effekte des sozio-ökonomischen Status (Motel-Klingebiel u. a. 2010). Merkmale sozialer Ungleichheit (z. B. sozioökonomischer Status, Geschlecht, Alter) hängen mit Gesundheit, Wohlbefinden, sozialer Integration, Aktivitäten und freiwilligem Engagement zusammen. Wenn sich Regionen in der Zusammensetzung der Bevölkerung unterscheiden (beispielsweise in der Alterszusammensetzung), so ist zu erwarten, dass sich diese Regionen auch in Gesundheit, Wohlbefinden, sozialer Integration, Aktivitäten und freiwilligem Engagement unterscheiden (Kompositionseffekt). Daher ist es

von hoher Bedeutung, individuelle Merkmale auf Personenebene zu berücksichtigen, um den Einfluss der Bevölkerungszusammensetzung (Kompositionseffekte) zu berücksichtigen, die sich möglicherweise mit der Wirkung der räumlichen Charakteristika (Kontexteffekte) überlagern.

Allerdings ist hierzu angemerkt worden, dass damit eine „Überkontrolle" durch die Einbeziehung individueller Merkmale erfolgt (Kawachi und Berkman 2003a). Kontrolliert man beispielsweise für individuelles Einkommen, wenn die Auswirkungen der Armutsrate in einem räumlichen Gebiet auf den individuellen Gesundheitszustand einer Person untersucht werden sollen, so unterschätzt man damit die Bedeutung von räumlichen Segregationseffekten. Personen mit unterschiedlichen soziostrukturellen Merkmalen (wie Bildung und Einkommen) sind nicht zufällig über unterschiedliche räumliche Gebiete verteilt. Vielmehr verbleiben Menschen mit geringer Bildung und geringem Einkommen in ärmeren Gebieten, während Menschen mit höherer Bildung und höherem Einkommen in Gebiete mit höherem Wohlstand ziehen. Da dies insbesondere für Menschen im Erwerbsalter zutrifft, kann dies für bestimmte Regionen, etwa in Ostdeutschland, eine Verstärkung des demografischen Wandels mit sich bringen. Wanderungs-, Selektions- und Segregationsprozesse sind daran beteiligt, dass räumliche Einheiten von eher homogenen Bevölkerungsgruppen bewohnt werden. Räumliche Kontexte wirken also nicht allein direkt, sondern auch über die Komposition der Bewohnerschaft auf die Lebenssituationen im Alter.

In die unten dargestellten Analysen gingen Alter, Geschlecht, Bildung, Äquivalenzeinkommen, Partnerstatus sowie Migrationshintergrund als Kontrollvariablen ein. Hinsichtlich des Bildungsstands wurde zwischen niedriger, mittlerer und hoher Bildung unterschieden, wobei Schul-, Ausbildungs- und Berufsabschlüsse zur Klassifizierung des Bildungsniveaus einbezogen werden (ISCED-Kodierungen; UNESCO 1997). Das Äquivalenzeinkommen gibt das bedarfsgewichtete monatliche Pro-Kopf-Einkommen der Mitglieder des Haushalts wieder. Personen mit und ohne Partner werden in den Daten unterschieden, unabhängig davon, ob der Partner im eigenen Haushalt lebt oder nicht. In den Analysen wird auch zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund unterschieden, wobei nicht zwischen Personen mit eigener Migrationserfahrung und ohne eigene Migrationserfahrung differenziert wurde. Um regionale Unterschiede in den Lebenssituationen älterer Menschen darzustellen, wurden ausgewählte Indikatoren aus vier verschiedenen Lebensbereichen analysiert:

- Gesundheit,
- Subjektives Wohlbefinden,
- Soziale Integration,
- Aktivitäten und Engagement.

5.3.3 Ergebnisse aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS)

In den nachfolgenden Analysen wird die Verteilung in den Bereichen Gesundheit, subjektives Wohlbefinden, soziale Integration sowie Aktivitäten und Engagement zwischen den fünf sozio-ökonomischen Kreistypen verglichen. Dabei stellt der Regionstypus „Kreisregionen mit durchschnittlichen Produktionspotenzialen" die Referenzgröße für die Vergleiche dar. Zu beachten ist, dass in den folgenden Abbildungen die tatsächlichen Verteilungen in Gesundheit, subjektivem Wohlbefinden, sozialer Integration sowie Aktivitäten und Engagement dargestellt werden (hierbei sind Kompositions- und Kontexteffekte nicht voneinander zu trennen). Mit statistischen Methoden wurde in einem zweiten Schritt geprüft, ob Unterschiede zwischen Regionstypen auch dann statistisch bedeutsam sind, wenn Kompositionseffekte kontrolliert werden. Die statistisch bedeutsamen Kontexteffekte sind in den Abbildungen durch schwarze Balken dargestellt.

Ergebnisse auf Individualebene werden im Folgenden *nicht* dargestellt, da der Fokus auf Unterschieden zwischen räumlichen Einheiten liegt (vgl. zu diesen Ergebnissen Wiest u. a. 2015). Abermals soll betont werden, dass die unterschiedlichen Stichprobenzusammensetzungen auf der Ebene der Kreistypen berücksichtigt wurden, indem Alter, Geschlecht, Bildung, Äquivalenzeinkommen, Partnerstatus und Migrationshintergrund in den Analysen kontrolliert wurden. Die Unterschiede zwischen den Regionstypen sind damit nicht auf Unterschiede in der Stichprobenzusammensetzung zurückführbar, sondern auf die unterschiedliche Infrastrukturausstattung und Wirtschaftskraft der Regionstypen.

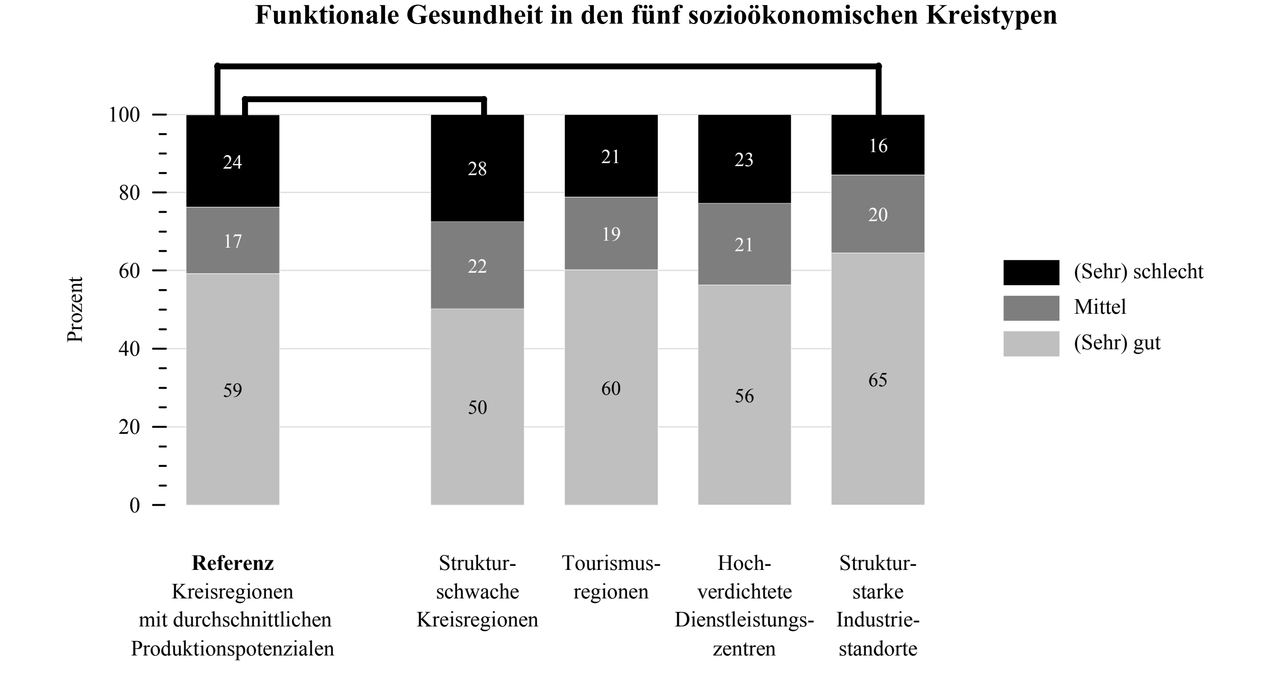
(a) Gesundheit

Insbesondere im höheren Alter ist es von Bedeutung, zwischen verschiedenen Dimensionen von Gesundheit zu differenzieren, da es zu unterschiedlichen Veränderungen in verschiedenen Gesundheitsaspekten kommt (Wurm u. a. 2010). Die funktionale Gesundheit wurde mit Hilfe der Subskala „Körperliche Funktionsfähigkeit“ des SF-36 erfragt (Bullinger und Kirchberger 1998). Diese Skala erhebt die Bewertung funktionaler Einschränkungen in zehn alltäglichen Tätigkeiten (z. B. Treppensteigen oder Kniebeugen). Die Erfassung der subjektiven Gesundheit erfolgt über die Einschätzung der eigenen Gesundheit (im DEAS wird die folgende Frage dazu gestellt: „Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?“). Für die Darstellung wird jeweils zwischen guter und sehr guter, mittlerer sowie schlechter beziehungsweise sehr schlechter Gesundheit unterschieden.

Im Bereich Gesundheit finden sich deutliche Unterschiede zwischen den fünf Kreistypen (Abbildung 4). Im Referenztyp, den Kreisregionen mit durchschnittlichen Produktionspotenzialen, geben etwa 59 Prozent der 65- bis 85-jährigen Einwohner ihre funktionale Gesundheit als gut beziehungsweise sehr gut an, etwa 17 Prozent bezeichnen ihre funktionale Gesundheit als mittel und etwa 24 Prozent als schlecht beziehungsweise sehr schlecht. In den strukturschwachen Kreisregionen ist der Anteil von Personen mit guter beziehungsweise sehr guter funktionaler Gesundheit dagegen geringer (50 %) und der Anteil von Personen mit schlechter beziehungsweise sehr schlechter funktionaler Gesundheit höher (28 %) als in den Referenzregionen. Umgekehrt sieht es in den strukturstarken Industriestandorten aus: Dort ist der Anteil von Personen mit guter beziehungsweise sehr guter funktionaler Gesundheit höher (65 %) und der Anteil von Personen mit schlechter beziehungsweise sehr schlechter funktionaler Gesundheit höher (16 %) als in den Referenzregionen.

Abbildung 4

Funktionale Gesundheit in den fünf sozioökonomischen Kreistypen



Anmerkung: Die Abbildung enthält prozentuale Verteilungen, bei denen sich Kompositions- und Kontexteffekte vermischen. Durchgezogene Linien zeigen signifikante Unterschiede (p<.05) zwischen Regionstypen (Kontexteffekte); der entsprechende Signifikanztest basiert auf Regressionsanalysen, in denen für Alter, Geschlecht, Bildung, Äquivalenzeinkommen, Partnerschaftsstatus und Migrationshintergrund kontrolliert wurde.

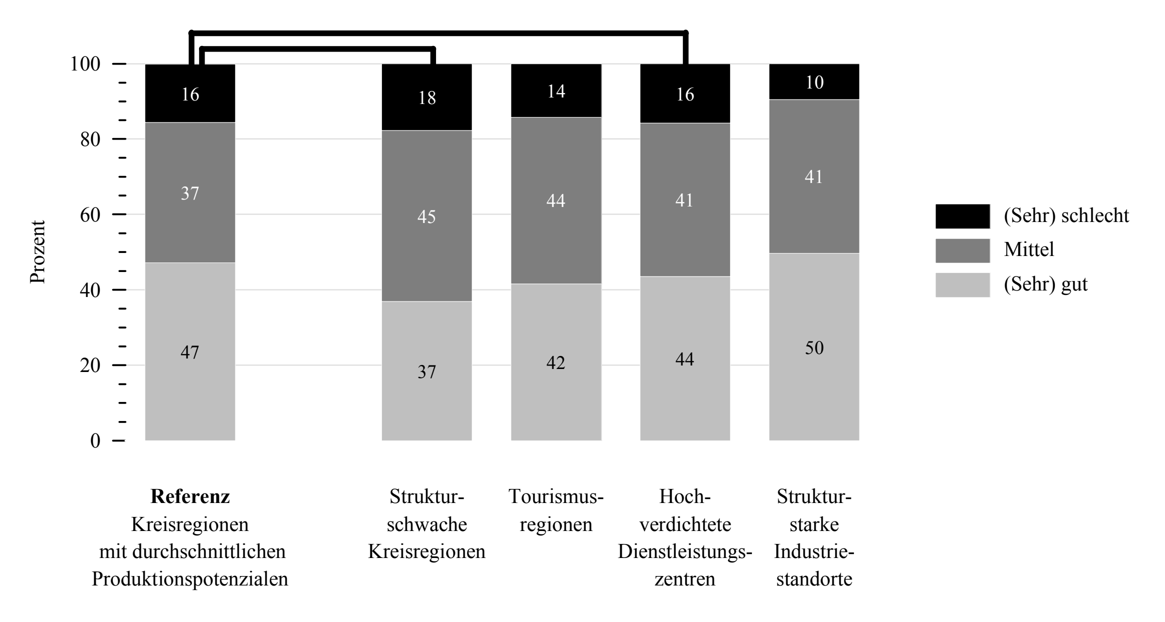
Quelle: Wiest u. a. 2015: 24.

In Bezug auf die subjektive Gesundheit finden sich in der Altersgruppe der 65- bis 85-Jährigen ähnliche Unterschiede (Abbildung 5). Die durchschnittliche Verteilung zwischen (sehr) schlechter, mittlerer und (sehr) guter subjektiver Gesundheit in den Referenzregionen (16 %/37 %/47 %) unterscheidet sich von den Verteilungen in den strukturschwachen Kreisregionen (18 %/45 %/37 %) und den Großstadtregionen (16 %/41 %/44 %): Dort ist der Anteil der 65- bis 85-jährigen Personen mit eher guter subjektiver Gesundheit niedriger sowie mit eher schlechter subjektiver Gesundheit höher.

Abbildung 5



Subjektive Gesundheit in den fünf sozioökonomischen Kreistypen



Anmerkung: Die Abbildung enthält prozentuale Verteilungen, bei denen sich Kompositions- und Kontexteffekte vermischen. Durchgezogene Linien zeigen signifikante Unterschiede (p<.05) zwischen Regionstypen (Kontexteffekte); der entsprechende Signifikanztest basiert auf Regressionsanalysen, in denen für Alter, Geschlecht, Bildung, Äquivalenzeinkommen, Partnerschaftsstatus und Migrationshintergrund kontrolliert wurde.

Quelle: Wiest u. a. 2015: 24.

Es soll abermals betont werden, dass die hier dargestellten regionalen Unterschiede in der Gesundheit *nicht* auf Unterschiede in der Stichprobenzusammensetzung zurückzuführen sind (so leben in Regionen mit geringer Wirtschaftskraft im Schnitt ältere Menschen als in den Referenzregionen), da in den statistischen Analysen wesentliche Merkmale sozialer Ungleichheit auf Individualebene berücksichtigt wurden (auch das Alter der Untersuchungspersonen wurde in den statistischen Analysen berücksichtigt). Damit lassen die hier dargestellten Unterschiede den Schluss zu, dass nicht allein individuelle Merkmale die Gesundheit älterer Menschen positiv (oder negativ) beeinflussen, sondern auch die räumlichen Merkmale jener Regionen, in denen diese älteren Menschen leben.

(b) Subjektives Wohlbefinden

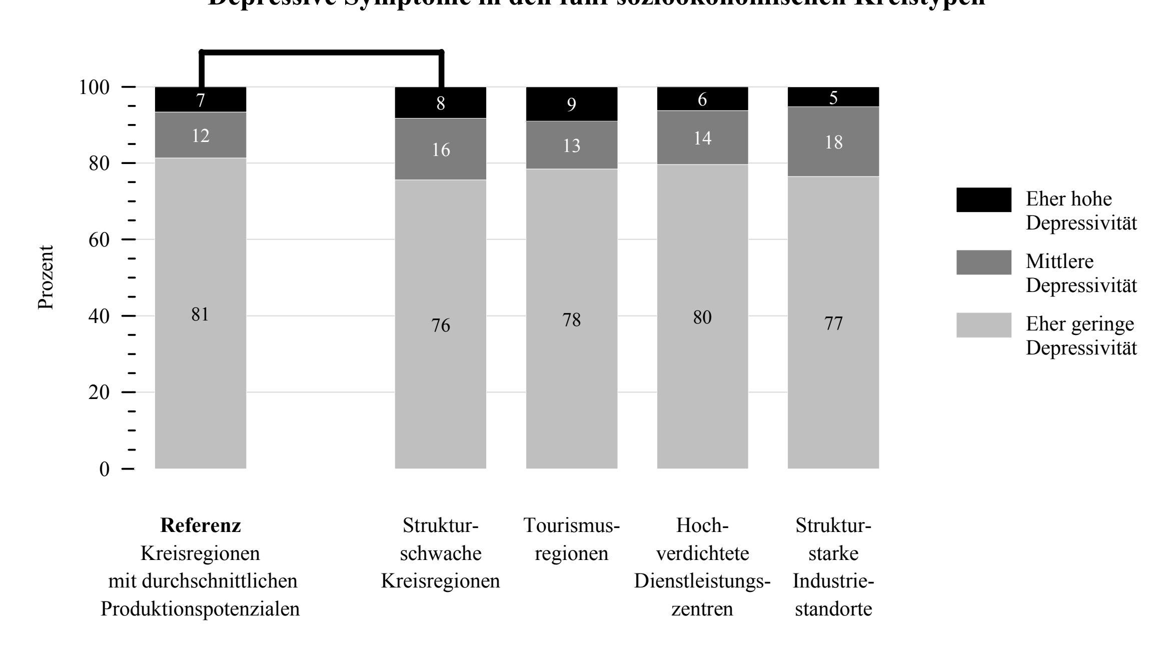
Lebenszufriedenheit und Depressivität im Alter sind bedeutsame Aspekte des subjektiven Wohlbefindens. Während die Lebenszufriedenheit ein Urteil über die eigene Lebenssituation impliziert und als kognitive Komponente des subjektiven Wohlbefindens gilt, repräsentieren depressive Symptome den emotionalen Anteil des subjektiven Wohlbefindens (George 2010; Veenhoven 2008). Gerade in Hinblick auf die kognitive Komponente des subjektiven Wohlbefindens wird häufig vom „Paradox der Lebenszufriedenheit" gesprochen: Altersunterschiede in der Lebenszufriedenheit sind relativ klein (Staudinger 2000). Die Lebenszufriedenheit wird mit der „Satisfaction with Life Scale" erfasst (Diener u. a.1985), depressive Symptome mit der Kurzversion der Allgemeinen Depressionsskala (Hautzinger u. a. 1995).

Tatsächlich finden sich nur geringe Unterschiede in der Verteilung mittlerer Lebenszufriedenheit zwischen den fünf sozioökonomischen Kreistypen (Abbildung 6). Der Anteil der Personen im Alter zwischen 65 und 85 Jahren, die ihre Lebenszufriedenheit als eher hoch bezeichnen, ist in allen Kreistypen recht groß (dieser Anteil variiert zwischen 60 und 70 %). Der Anteil der Personen, die eine eher geringe Lebenszufriedenheit angeben, ist in allen fünf Kreistypen recht klein (deutlich unter zehn Prozent). Die geringen Unterschiede in den Verteilungen von Lebenszufriedenheit zwischen den fünf Kreistypen sind statistisch nicht bedeutsam.

Der Blick auf die hier gewählte emotionale Komponente des subjektiven Wohlbefindens – depressive Symptome – zeigt, dass nur ein geringer Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 bis 85 Jahren über eher hohe Depressivität berichtet (Abbildung 6). Allerdings gibt es einen statistisch bedeutsamen Unterschied zwischen den Referenzregionen mit durchschnittlichen Produktionspotenzialen und den strukturschwachen Regionen. In den strukturschwachen Kreisregionen wird von den 65- bis 85-Jährigen – unter Kontrolle individueller Unterschiede – eine höhere Depressivität berichtet als in den Referenzkreisen. Knapp ein Viertel aller Personen dieser Altersgruppe aus strukturschwachen Kreisregionen berichten mittlere beziehungsweise hohe Depressivitätswerte. In den Referenzkreisen liegt dieser Anteil bei etwas unter einem Fünftel.

Abbildung 6

Depressive Symptome in den fünf sozioökonomischen Kreistypen



Anmerkung: Die Abbildung enthält prozentuale Verteilungen, bei denen sich Kompositions- und Kontexteffekte vermischen. Durchgezogene Linien zeigen signifikante Unterschiede (p<.05) zwischen Regionstypen (Kontexteffekte); der entsprechende Signifikanztest basiert auf Regressionsanalysen, in denen für Alter, Geschlecht, Bildung, Äquivalenzeinkommen, Partnerschaftsstatus und Migrationshintergrund kontrolliert wurde.

Quelle: Wiest u. a. 2015: 26.

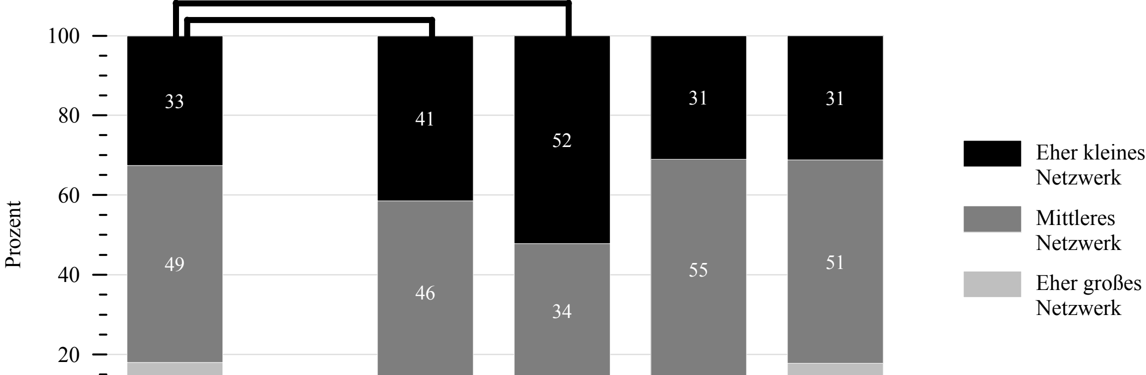
(c) Soziale Integration

Die soziale Integration älterer Menschen kann auf unterschiedliche Weise erfasst werden. Im Folgenden werden zwei strukturelle Indikatoren verwendet, die die Opportunitätsstrukturen für gemeinsame Aktivitäten, Austausch und Hilfe verdeutlichen (Huxhold u. a. 2010; Mahne und Motel-Klingebiel 2010). Diese Indikatoren sind die Größe des sozialen Netzwerks und die Wohnentfernung zum am nächsten wohnenden Kind. Die Größe des sozialen Netzwerks wird über die Anzahl wichtiger Personen mit regelmäßigem Kontakt erhoben. Beim Indikator „Wohnentfernung zum am nächsten wohnenden Kind“ werden nur Personen mit Kindern über 18 Jahren berücksichtigt, wobei die Kinder außerhalb des Haushalts der befragten Person wohnen.

In Bezug auf die Netzwerkgröße zeigen sich Unterschiede zwischen den Referenzregionen sowie den strukturschwachen Kreisregionen und den Tourismusregionen (Abbildung 7). In diesen Kreistypen werden statistisch bedeutsam kleinere soziale Netzwerke berichtet als in den Vergleichsregionen mit durchschnittlichen Produktionspotenzialen. Während in den Referenzregionen etwa 33 Prozent der Personen im Alter zwischen 65 und 85 Jahren von kleinen sozialen Netzwerken berichten, sind es in den wirtschaftlich schwächeren Regionen etwa 41 Prozent und in den Tourismusgebieten etwa 52 Prozent.

Abbildung 7

Größe des sozialen Netzwerks in den fünf sozioökonomischen Kreistypen



Anmerkung: Die Abbildung enthält prozentuale Verteilungen, bei denen sich Kompositions- und Kontexteffekte vermischen. Durchgezogene Linien zeigen signifikante Unterschiede ($p<.05$) zwischen Regionstypen (Kontexteffekte); der entsprechende Signifikanztest basiert auf Regressionsanalysen, in denen für Alter, Geschlecht, Bildung, Äquivalenzeinkommen, Partnerschaftsstatus und Migrationshintergrund kontrolliert wurde.

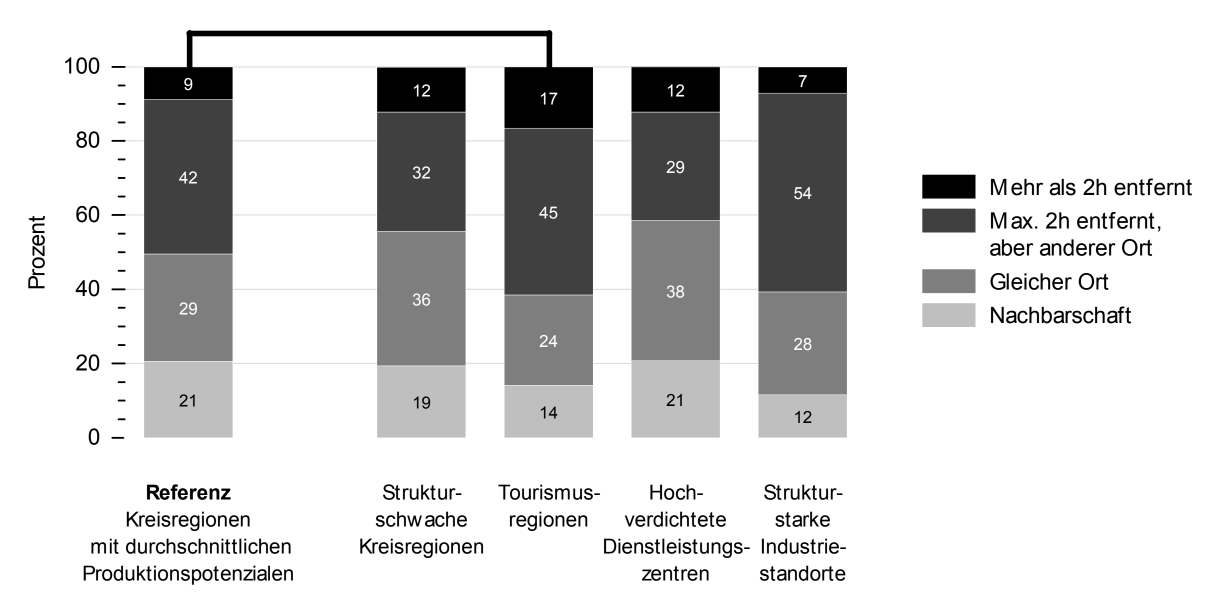
Quelle: Wiest u. a. 2015: 28.

Unterschiede zwischen Kreisen mit unterschiedlichen sozioökonomischen Profilen bestehen auch im Hinblick auf die berichtete Wohnentfernung zu dem am nächsten wohnenden Kind (Abbildung 8). Im Vergleich zu den 65- bis 85-jährigen Eltern aus den Referenzregionen geben die 65- bis 85-jährigen Eltern aus Tourismusgebieten, die vor allem in den Alpen, im Schwarzwald sowie an der Nord- und Ostsee leben, häufiger an, dass das am nächsten wohnende Kind weit entfernt von ihnen wohnt. Der Anteil alter Eltern, deren nächstwohnendes Kind mehr als 2 Stunden entfernt lebt, liegt in den ländlichen Tourismusgebieten bei rund 17 Prozent und liegt somit deutlich über dem Anteil in den Referenzregionen, wo lediglich 9 Prozent der alten Eltern berichten, dass ihre Kinder weiter als 2 Stunden entfernt wohnen.

Abbildung 8



Wohnentfernung zum am nächsten wohnenden Kind in den fünf sozioökonomischen Kreistypen



Anmerkung: Die Abbildung enthält prozentuale Verteilungen bei denen sich Kompositions- und Kontexteffekte vermischen. Durchgezogene Linien zeigen signifikante Unterschiede ($p<.05$) zwischen Regionstypen (Kontexteffekte); der entsprechende Signifikanztest basiert auf Regressionsanalysen, in denen für Alter, Geschlecht, Bildung, Äquivalenzeinkommen, Partnerschaftsstatus und Migrationshintergrund kontrolliert wurde.

Quelle: Wiest u. a. 2015: 28.

(d) Aktivitäten und freiwilliges Engagement

Gesellschaftliche Teilhabe im Alter spiegelt sich im Ausmaß der (Freizeit-)Aktivitäten sowie im freiwilligen Engagement wider (Künemund 2013). Gerade hier zeigt sich auch die Möglichkeit der Selbsthilfe im Alter (Alisch und May 2013). In die Analysen geht zum einen die Summe aus acht verschiedenen Aktivitäten[31] ein, die außerhalb der eigenen Wohnung ausgeübt und mindestens einmal monatlich durchgeführt werden. Engagement wird über die Ausübung eines Ehrenamts[32] in einer Organisation erfasst. Regionale Unterschiede in diesem Lebensbereich deuten auch darauf hin, in welchen Regionen man auf Selbsthilfeaktivitäten älterer Menschen setzen kann – und in welchen Regionen eher nicht.

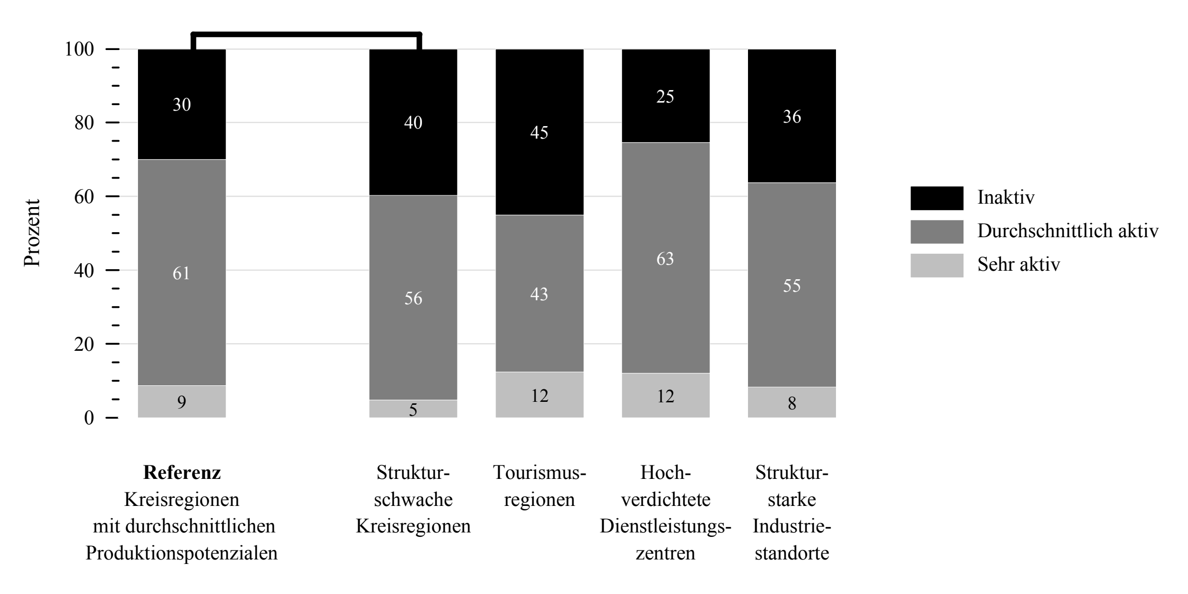
[31] Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Deutschen Alterssurveys werden danach gefragt, welchen der folgenden Aktivitäten sie außerhalb der eigenen Wohnung mindestens einmal monatlich nachgehen: Besuch politischer Veranstaltungen, Besuch von Kulturveranstaltungen, Besuch von Kursen/Vorträgen, Besuch von Sportveranstaltungen, Freunde besuchen, Gartenarbeit, Spazierengehen, Sport machen. Der Indikator hat einen Werterange von 0 bis 8.

[32] Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Deutschen Alterssurveys werden danach gefragt, ob sie Mitglied in einer Gruppe oder Organisation sind. Personen, die das bejahen, werden gefragt: „Üben Sie dort eine Funktion aus oder haben Sie ein Ehrenamt inne?“. Wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, so wird dies als „Ehrenamt“ gewertet.

Abbildung 9



Anteil von Aktiven in den fünf sozioökonomischen Kreistypen



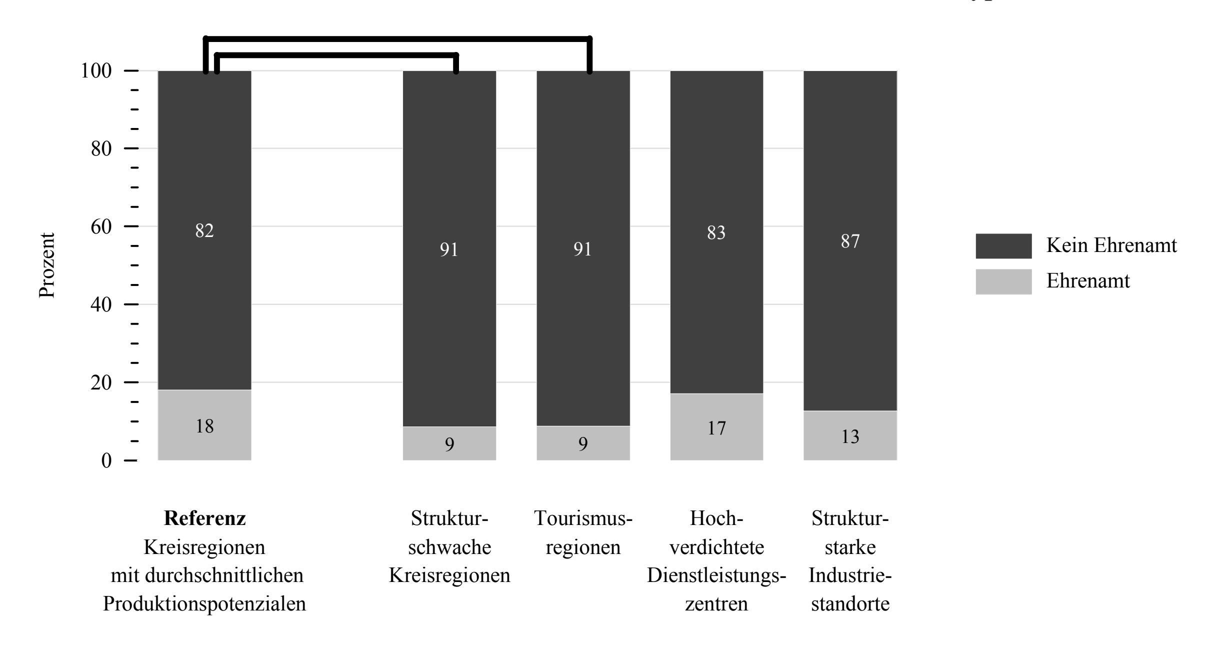
Anmerkung: Die Abbildung enthält prozentuale Verteilungen, bei denen sich Kompositions- und Kontext-Effekte vermischen. Durchgezogene Linien zeigen signifikante Unterschiede (p<.05) zwischen Regionstypen (Kontext-Effekte); der entsprechende Signifikanztest basiert auf Regressionsanalysen, in denen für Alter, Geschlecht, Bildung, Äquivalenzeinkommen, Partnerschaftsstatus und Migrationshintergrund kontrolliert wurde.

Quelle: Wiest u. a. 2015: 30.

Im Bereich der (Freizeit-)Aktivitäten zeigen sich Unterschiede zwischen Regionen mit unterschiedlichem sozioökomischen Profil (Abbildung 9). Menschen im Alter zwischen 65 und 85 Jahren, die in strukturschwachen Kreisregionen leben, sind in ihrer Freizeit seltener aktiv als Menschen desselben Alters, die in den Referenzregionen leben. Fast 40 Prozent aller Personen in strukturschwachen Kreisregionen geben an, nur gering aktiv zu sein, also nur einer oder gar keiner Freizeitbeschäftigung nachzugehen. In den Referenzregionen ist dieser Anteil mit 30 Prozent deutlich kleiner. Obwohl in Tourismusgebieten der Anteil der eher inaktiven Älteren mit 45 Prozent sogar noch größer ist als in den strukturschwachen Kreisregionen, ist dort auch der Anteil der sehr aktiven älteren Menschen höher, sodass der Gesamtunterschied zu den Referenzregionen statistisch nicht bedeutsam ist.

Abbildung 10

Anteil von Ehrenamtlichen in den fünf sozioökonomischen Kreistypen



Anmerkung: Die Abbildung enthält prozentuale Verteilungen, bei denen sich Kompositions- und Kontexteffekte vermischen.
Durchgezogene Linien zeigen signifikante Unterschiede (p<.05) zwischen Regionstypen (Kontexteffekte); der entsprechende Signifikanztest basiert auf Regressionsanalysen, in denen für Alter, Geschlecht, Bildung, Äquivalenzeinkommen, Partnerschaftsstatus und Migrationshintergrund kontrolliert wurde.

Quelle: Wiest u. a. 2015: 30.

Ebenfalls starke regionale Unterschiede zeigen sich im Anteil der 65- bis 85-Jährigen, die ein Ehrenamt ausüben, also innerhalb von Organisationen eine herausgehobene Funktion einnehmen (Abbildung 10). Während in den Referenzregionen mit durchschnittlichen Produktionspotenzialen etwa 18 Prozent der Menschen dieser Altersgruppe angeben, ein Ehrenamt auszuüben, sind dies in strukturschwachen Kreisregionen und Tourismusregionen nur etwa 9 Prozent dieser Altersgruppe. Gerade diese Befunde könnten darauf hindeuten, dass in eher benachteiligten Regionen die Engagementpotenziale und möglicherweise auch die Selbsthilferessourcen älterer Menschen weniger stark ausgeprägt sind als in Regionen, die wirtschaftlich und infrastrukturell bessergestellt sind.

5.3.4 Zwischenfazit: Lebenssituation älterer Menschen in unterschiedlichen Regionen

In den vorangehenden Abschnitten wurde auf Basis der Daten des Deutschen Alterssurveys dargestellt, welche Bedeutung das regionale Umfeld für die Lebenssituationen alter Menschen hat. Hierzu wurden fünf sozioökonomische Kreistypen differenziert, die ähnliche (Land-)Kreise und kreisfreie Städte zusammenfassen.

Die Analysen zeigen, dass sich Gesundheit und subjektives Wohlbefinden, soziale Integration und freiwilliges Engagement älterer Menschen in den Regionstypen unterscheiden. Menschen im Alter zwischen 65 und 85 Jahren, die in Regionen mit geringer Wirtschaftskraft, höherer Arbeitslosigkeit und geringerem Einkommen leben, haben eine vergleichsweise schlechtere Gesundheit, höhere Depressivität, geringere soziale Integration sowie geringere gesellschaftliche Teilhabe als Menschen desselben Alters, die in Vergleichsregionen mit mittlerer Wirtschaftskraft, mittlerer Arbeitslosigkeit und mittlerem Einkommensniveau leben. Ältere Menschen, die in wirtschaftlich benachteiligten Regionen leben, sind damit zweifach von regionaler Ungleichheit betroffen: Zum einen leben sie in Regionen, die aufgrund einer wechselseitigen Verstärkung von Strukturschwäche und demografischer Alterung nur wenig Möglichkeiten haben, über Pflichtaufgaben hinaus freiwillige Infrastrukturen und Dienstleistungen anzubieten. Zum anderen haben ältere Menschen in diesen Regionen aufgrund schlechterer Gesundheit einen höheren individuellen Unterstützungsbedarf und verfügen in geringerem Maße über soziale Unterstützungspotenziale und Selbsthilferessourcen als ältere Menschen in wirtschaftlich und strukturell stärkeren Regionen.

Dies ist bedeutsam, da politische Akteure Hoffnungen darauf setzen, dass insbesondere das freiwillige Engagement älterer Menschen sowohl dem Gemeinwesen dienen als auch Vereinsamungsprozessen im Alter vorbeugen kann (Deutscher Landkreistag 2012).

5.4 Desiderata der Forschung zu räumlichen Kontexten des Alterns

Auch wenn die Berichterstattung und Forschung über die Raumentwicklung in Deutschland sehr umfangreich ist (BBSR 2012b), liegt der weit überwiegende Teil der Datenbasis der laufenden Raumbeobachtung in Deutschland auf Ebene der (Land-)Kreise und kreisfreien Städte vor. Für die Ebene der Gemeinden, die für das Thema des Siebten Altenberichts besonders relevant ist, sind Umfang und Tiefe der verfügbaren räumlichen Indikatoren für eine umfassende Beobachtung über die Zeit (Monitoring) weniger gut geeignet. Die für wichtige Aspekte räumlicher Planung notwendigen Informationen über noch kleinere räumliche Einheiten (Quartiere, Nachbarschaften, Stadt- und Ortsteile) liegen nur vereinzelt vor, häufig nur in Form von Ergebnissen aus Fallstudien. Im nun abschließenden Teil dieses Berichtskapitels sollen Desiderata der Forschung zu räumlichen Kontexten des Lebens im Alter diskutiert werden, die notwendig für eine umfassende Darstellung des Themas wären. Bei den Analysen, die in diesem Kapitel dargestellt wurden, wurde der Blick auf die räumliche Ebene der (Land-)Kreise und kreisfreien Städte gerichtet. Erstens tragen (Land-)Kreise und kreisfreie Städte die Verantwortung für die Planung übergreifender Infrastruktur (insb. Einrichtungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung). Zweitens liegt der weitaus überwiegende Teil der Datenbasis der laufenden Raumbeobachtung auf Ebene der (Land-)Kreise und kreisfreien Städte vor. Während das erste Argument einen stärkeren theoretischen Gehalt aufweist, ist das zweite Argument praktischer Natur. Wäre es angemessener, räumliche Disparitäten und ihre Bedeutung für das Leben im Alter auf der Ebene kleinräumiger Einheiten zu beschreiben? Nachfolgend werden kleinräumige Analysenebenen – Gemeinden und Quartiere – diskutiert. Größere regionale Einheiten werden hier nicht in den Fokus genommen (vgl. zu Analysen auf Länderebene am Beispiel der gesundheitlichen Versorgung in Brandenburg Baumgardt und Reiners 2012, zu Regionen in Europa BBSR 2010).

5.4.1 Gemeinden als Analyseebene

Räumliche Entwicklungsprozesse innerhalb von (Land-)Kreisen können sehr unterschiedlich verlaufen und auch innerhalb von (Land-)Kreisen können Peripherie und Zentrum voneinander unterschieden werden. Aus diesem Grund ist die Verwendung von Daten auf der Ebene von(Land-)Kreisen und kreisfreien Städten kritisch zu bewerten. Beispielsweise zeigen sich in einigen Brandenburger Landkreisen, die sowohl dichtbesiedelte und strukturstarke Regionen des Berliner Umlandes als auch dünnbesiedelte und eher strukturschwache Regionen im sogenannten weiteren Metropolenraum umschließen, gegensätzliche Entwicklungstendenzen, die sich dann bei einer statistischen Gesamtbetrachtung des Landkreises aufheben[33] und die für die Lebensqualität im Alter relevanten räumlichen Bedingungen unsichtbar machen. Bei einer Betrachtung der kleinräumigen Bevölkerungs- und Wanderungsentwicklung auf Gemeindeebene findet man hingegen äußerst komplexe Muster (am Beispiel der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg: Schmitz-Veltin 2009), die aber für die Planung von räumlich zielgerichteten Angeboten und handlungsrelevanten Empfehlungen für ältere Menschen notwendig sind (vgl. beispielsweise eine Analyse zum Raum Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg in Slupina und Kröhnert 2012). Auch eine Analyse der Bedingungen für das Wohnen im Alter auf dem Land zeigt, dass es notwendig ist, die sehr unterschiedlichen kleinräumigen Bedingungen von Gemeinden in den Blick zu nehmen (für Bespiele in Mecklenburg-Vorpommern vgl. Dehne und Neubauer 2014). Allerdings erweist sich die Datenlage auf dieser Ebene eher als begrenzt.

Der „Wegweiser Kommune“, ein webgestütztes Informationssystem der Bertelsmann Stiftung, bezieht sich auf die Ebene der Gemeinden (Bertelsmann Stiftung 2015). Er stellt Kommunen Informationen zum demografischen Wandel, zur sozialen Lage der Einwohnerschaft sowie zu den Themen Finanzen, Bildung und Integration zur Verfügung. Die darin verwendeten Daten stammen vorwiegend aus der amtlichen Statistik (statistische Ämter der Bundesländer, Statistisches Bundesamt, Bundesagentur für Arbeit sowie Ausländerzentralregister). Auch der „Wegweiser Kommune“ verfolgt den Weg, anhand von Indikatoren über statistische Verfahren Typen von Gemeinden zu ermitteln. Mit Hilfe einer Clusteranalyse werden insgesamt neun sogenannte „Demografie-Typen“ beschrieben. Das Informationssystem erlaubt es, eine Reihe von Indikatoren für unterschiedliche Kommunen

---

[33] Vgl. http://www.demografie.brandenburg.de/media/lbm1.a.4856.de/SB_A01-08-00_2011u00_BB.pdf.

zusammenzustellen und grafisch darzustellen. Die Informationen sind allerdings nur für Städte und Gemeinden mit mehr als 5.000 Einwohnern verfügbar, im Jahr 2013 waren dies lediglich 2.953 von 10.607 Städten und Gemeinden in Deutschland. Darüber hinaus ist die Themenvielfalt der verwendeten Indikatoren relativ begrenzt (und weit weniger umfangreich als die Indikatorenauswahl in diesem Kapitel) – ein der Datenlage geschuldeter Umstand, da auf der Gemeindeebene zu weit weniger Indikatoren Daten gesammelt werden als auf der Ebene von (Land-)Kreisen und kreisfreien Städten. Überdies liegen Daten derzeit nur für den Zeitraum von 2006 bis 2012 vor. Im Gegensatz zu den regelmäßig erhobenen Daten der Raumbeobachtung bietet dieses Informationssystem den entsprechenden Kommunen also nur relativ wenige Informationen für einen begrenzten Zeitraum.

5.4.2 Gemeindeteile, Quartiere oder Nachbarschaften als Analyseebene

Bereits die Diskussion der Ebene von Gemeinden zeigt, dass Vorsicht geboten ist bei der Interpretation von Analysen auf der Ebene von (Land-)Kreisen und kreisfreien Städten. Dies trifft noch stärker auf die kleinräumig weiter differenzierte Ebene von Stadt- und Ortsteilen oder Quartieren zu. Das Quartier ist jene sozialräumliche Einheit, die den Rahmen für das alltägliche Leben im Alter bildet (Oswald u. a. 2013; Wahl u. a. 2012). Während Gemeinden Territorien beziehungsweise räumliche Einheiten mit klaren Grenzen darstellen, werden Quartiere insbesondere über die soziale Praxis und die sozialen Interaktionen der Personen definiert, die in einem Quartier wohnen (vgl. zur hier verwendeten Definition von Quartier Kapitel 2 in diesem Bericht sowie Schnur 2014a). Wie bedeutsam die Betrachtung der Quartiersebene für die Lebenssituationen älterer Menschen ist, wird deutlich, wenn man die Auswirkungen des demografischen Wandels in unterschiedlichen Quartieren betrachtet (Schnur und Drilling 2011b). Beispiele hierfür sind unter anderem die kleinräumige Analyse demografischer Prozesse der Alterung in Einfamilienhausgebieten (Krause 2014) oder die Auswirkungen städtischer Schrumpfungsprozesse in ostdeutschen Mittelstädten auf die Lebenswelten dort alt gewordener Menschen (Kabisch und Peter 2014).

Bezogen auf die Ebene der Quartiere kann der Versuch unternommen werden, die in der Realität vorzufindende Quartiersvielfalt auf Typen zu reduzieren. Mit einem kleinräumigen Blick auf den demografischen Wandel wurde ein Vorschlag mit acht Demografietypen auf der Ebene städtischer Quartiere vorgelegt (Schnur 2010). Dabei wurde ein städtebauliches Verständnis von Quartieren zugrunde gelegt. Unter Anwendung der Delphi-Methode wurden Städtebau-Experten und -Expertinnen gebeten, das „demografische Risiko", die homogene Kohortenalterung der Bewohnerschaft dieser Quartierstypen einzuschätzen (Schnur und Drilling 2011a). Nach Ansicht der befragten Expertinnen und Experten sind Großbausiedlungen in Ost- und Westdeutschland sowie Nachkriegsquartiere am stärksten von der demografischen Alterung betroffen. Auf Einfamilienhaussiedlungen trifft dies in etwas geringerem Umfang zu.

Lenkt man den Blick von städtischen Quartieren auf Sozialräume in ländlichen Regionen, so ist es dort das Dorf, das die kleinste Ebene unterhalb der Gemeinde darstellt. Gerade in ländlichen Räumen vollzieht sich der demografische Wandel, der sich in sinkenden Bevölkerungszahlen und einem steigenden Durchschnittsalter ausdrückt, besonders rasch (Dehne und Neubauer 2014). Ein Beispiel hierfür sind die ländlichen Räume im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Während Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 1989 das nach Altersdurchschnitt jüngste Bundesland im vereinten Deutschland war, zählt es gegenwärtig zu den ältesten Ländern. Gerade kleine ländliche Gemeinden sind wenig auf die Bedarfe Älterer ausgerichtet. In kleineren Gemeinden (unter 5.000 Einwohnern) können 10 Prozent der Haushalte älterer Menschen den ÖPNV weder zu Fuß noch mit dem Rad erreichen, 20 bis 25 Prozent haben keine Einkaufsmöglichkeiten, medizinischen Angebote, Begegnungsmöglichkeiten, Verwandte oder Freunde in fußläufiger oder mit dem Fahrrad zurückzulegender Entfernung, und 30 bis 40 Prozent der Älteren fehlen nicht nur Finanzinstitute, sondern auch Unterstützungs- und Beratungsangebote im näheren Umfeld (Dehne und Neubauer 2014). In ländlichen Räumen, in denen der Anteil der älteren Menschen stetig steigt, sind die Versorgungslagen, sozialen Hilfepotenziale und die kommunalen Handlungsspielräume eher eingeschränkt. Daher bedarf es gerade in ländlichen Räumen der Hilfestellung, um örtlich angepasste Lösungen zu finden (vgl. zu einer Übersicht über Modelle im ländlichen Raum Dehne und Neubauer 2014).

Die beteiligten Akteure, also die Bewohnerschaft, Wohnungsunternehmen sowie Kommunen, haben unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten, um mit kleinräumigen Auswirkungen des demografischen Wandels umzugehen (vgl. dazu ausführlich Kapitel 8 in diesem Bericht). Die Gestaltung sozialräumlicher Ressourcen im Quartier kann wesentlich zum Erhalt der Selbstbestimmung älterer Menschen beitragen, gerade wenn im hohen Alter der Hilfe- und Pflegebedarf zunimmt (Schnur 2010). Der Blick auf die Handlungsebene Quartier ist notwendig, um eine

angemessene Sozialplanung zu ermöglichen (vgl. u. a. Michell-Auli und Kremer-Preiß 2013; vgl. auch das Beispiel einer Quartierkonzeptentwicklung für den Berliner Ortsteil Lankwitz in Repschläger und Pötter 2012). Dabei ist es unabdingbar, auch die Ressourcen der Selbsthilfe und Selbstorganisation älterer Menschen zu ermitteln und in Prozesse der Sozialplanung einzubeziehen (Alisch 2013).

5.4.3 Räumliche Analyseebene folgt der Fragestellung

Hinsichtlich der in diesem Kapitel vorgestellten Befunde wurde die Frage diskutiert, ob die Ebene der (Land-)Kreise und kreisfreien Städte angemessen ist, um räumliche Disparitäten in Deutschland mit Blick auf das Leben im Alter zu beschreiben – oder ob die räumliche Ebene von Gemeinden oder Quartieren gewählt werden sollte. Dies wird auch im Raumordnungsbericht 2011 diskutiert, und zwar in Bezug auf die Frage, wie Abweichungen von der „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse" in Deutschland am besten festgestellt werden können. Dabei wird der folgende Schluss gezogen: „Als ungeeignet gilt die Gemeindeebene. Angemessener erscheinen Raumordnungsregionen. Wird hier allerdings nicht die intraregionale Verteilung der statistischen Merkmale in der Region gemessen, verfälschen die Mittelwerte für diese sehr großen Räume, die häufig durch Stadt-Land-Gefälle oder wirtschaftsstrukturell benachteiligte Teilräume geprägt sind, die wirklichen Verhältnisse der Lebensbedingungen zu sehr. Für diese vergleichende Analyse wurden deshalb die Landkreise und kreisfreien Städte als Untersuchungsebene ausgewählt" (BBSR 2012b: 17). Es ist festzuhalten, dass die für wichtige Aspekte räumlicher Planung notwendigen Informationen auf Ebene kleinerer räumlicher Einheiten (Quartiere, Gemeindeteile) nur vereinzelt vorliegen. Dennoch gilt: Die Auswahl der räumlichen Analyseebene folgt der jeweiligen Fragestellung sowie den jeweiligen theoretischen Annahmen (vgl. hierzu auch die Kapitel 4 und 8 in diesem Bericht).

Anhang: Übersicht über die Zuordnung von Kreisregionen zu Kreisregionstypen

In diesem Kapitel wurden zwei Typisierungen von Kreisregionen[34] vorgenommen. Im Folgenden sind die Zuordnungen von (Land-)Kreisen und kreisfreien Städten zu den Kreisregionstypen aufgeführt (umfassende Informationen über die Methodik zur Bildung dieser Kreisregionstypen vgl. BBSR 2014c; Maretzke 2014; Wiest u. a. 2015).

Typisierung im Abschnitt 5.2: „Regionale Disparitäten in Deutschland"

1. Strukturstarke hoch verdichtete Dienstleistungszentren

Alzey-Worms; Amberg, Stadt; Amberg-Sulzbach; Augsburg, Stadt; Böblingen; Bonn, Stadt; Braunschweig, Stadt; Darmstadt, Stadt; Düsseldorf, Stadt; Erfurt, Stadt; Erlangen, Stadt; Frankfurt am Main, Stadt; Freiburg im Breisgau; Freising; Gifhorn; Göttingen; Halle (Saale), Stadt; Hamburg, Stadt; Heidelberg; Heilbronn; Hochtaunuskreis; Jena, Stadt; Karlsruhe; Koblenz, Stadt; Magdeburg, Stadt; Mainz, kreisfreie Stadt; München; München, Stadt; Münster, Stadt; Nürnberg, Stadt; Osnabrück, Stadt; Pforzheim; Potsdam, Stadt; Regensburg, Stadt; Rhein-Neckar-Kreis; Starnberg; Stuttgart; Ulm; Wiesbaden, Stadt; Worms, Stadt; Würzburg, Stadt.

2. Standorte industrieller Global Player

Ingolstadt, Stadt; Ludwigshafen am Rhein, Stadt; Wolfsburg, Stadt.

3. Standorte mit bedeutsamen Produktions- und Dienstleistungspotenzialen

Ahrweiler; Aichach-Friedberg; Alb-Donau-Kreis; Altenkirchen (Westerwald); Altmarkkreis Salzwedel; Altötting; Ammerland; Ansbach; Ansbach, Stadt; Aschaffenburg; Aschaffenburg, Stadt; Augsburg; Bad Dürkheim; Bad Kreuznach; Bad Tölz-Wolfratshausen; Baden-Baden; Bamberg; Bamberg, Stadt; Bayreuth; Bayreuth, Stadt; Bergstraße; Biberach; Birkenfeld; Börde; Borken; Calw; Celle; Cloppenburg; Coburg; Coburg, Stadt; Coesfeld; Cuxhaven; Dachau; Dahme-Spreewald; Darmstadt-Dieburg; Deggendorf; Dillingen a.d.Donau; Dingolfing-Landau; Dithmarschen; Donau-Ries; Donnersbergkreis; Ebersberg; Eichstätt; Eifelkreis Bitburg-

[34] Kreisregionen sind grundsätzlich alle (Land-)Kreise und kreisfreien Städten, allerdings werden hierbei kreisfreie Städte unter 100.000 Einwohnern mit ihrem umgebenden Landkreis zusammengefasst (dies führt dazu, dass die Zahl der Kreisregionen etwas geringer ist als die Summe von Landkreisen und kreisfreien Städten).

Prüm; Emmendingen; Emsland; Enzkreis; Erding; Erlangen-Höchstadt; Esslingen; Forchheim; Freudenstadt; Fulda; Fürstenfeldbruck; Fürth; Fürth, Stadt; Germersheim; Gießen; Göppingen; Grafschaft Bentheim; Günzburg; Gütersloh; Harburg; Haßberge; Heidenheim; Heilbronn; Helmstedt; Hersfeld-Rotenburg; Herzogtum Lauenburg; Hildburghausen; Hochsauerlandkreis; Hof; Hof, Stadt; Hohenlohekreis; Holzminden; Höxter; Jerichower Land; Karlsruhe; Kassel; Kelheim; Kitzingen; Konstanz; Kronach; Kulmbach; Kusel; Lahn-Dill-Kreis; Landau in der Pfalz, Stadt; Landsberg am Lech; Landshut; Landshut, Stadt; Lichtenfels; Limburg-Weilburg; Lörrach; Lüchow-Dannenberg; Ludwigsburg; Ludwigslust-Parchim; Lüneburg; Main-Kinzig-Kreis; Main-Spessart; Main-Tauber-Kreis; Main-Taunus-Kreis; Mainz-Bingen; Marburg-Biedenkopf; Märkischer Kreis; Mayen-Koblenz; Memmingen, Stadt; Merzig-Wadern; Miltenberg; Minden-Lübbecke; Mühldorf a.Inn; Neckar-Odenwald-Kreis; Neuburg-Schrobenhausen; Neumarkt i.d.OPf.; Neumünster, Stadt; Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim; Neustadt a.d.Waldnaab; Neustadt an der Weinstraße, Stadt; Neu-Ulm; Neuwied; Nienburg (Weser); Nürnberger Land; Odenwaldkreis; Oldenburg; Olpe; Ortenaukreis; Osnabrück; Ostalbkreis; Osterholz; Osterode am Harz; Peine; Pfaffenhofen a.d.Ilm; Pinneberg; Pirmasens, Stadt; Plön; Rastatt; Ravensburg; Regensburg; Rems-Murr-Kreis; Rendsburg-Eckernförde; Reutlingen; Rheingau-Taunus-Kreis; Rhein-Hunsrück-Kreis; Rhein-Kreis Neuss; Rhein-Lahn-Kreis; Rhein-Sieg-Kreis; Rhön-Grabfeld; Rosenheim; Rosenheim, Stadt; Rotenburg (Wümme); Roth; Rottal-Inn; Rottweil; Saalekreis; Schwabach, Stadt; Schwäbisch Hall; Schwalm-Eder-Kreis; Schwandorf; Schwarzwald-Baar-Kreis; Schweinfurt; Schweinfurt, Stadt; Segeberg; Siegen-Wittgenstein; Sigmaringen; Sonneberg; St. Wendel; Stade; Steinburg; Steinfurt; Stormarn; Straubing, Stadt; Straubing-Bogen; Südliche Weinstraße; Südwestpfalz; Tirschenreuth; Trier-Saarburg; Tübingen; Tuttlingen; Uelzen; Unterallgäu; Vechta; Verden; Vogelsbergkreis; Waldshut; Warendorf; Weiden i.d.OPf., Stadt; Weilheim-Schongau; Weißenburg-Gunzenhausen; Werra-Meißner-Kreis; Westerwaldkreis; Wetteraukreis; Wolfenbüttel; Wunsiedel i. Fichtelgebirge; Würzburg; Zollernalbkreis; Zweibrücken, Stadt.

4. Hoch verdichtete Regionen mit strukturellen Schwächen

Berlin, Stadt; Bielefeld, Stadt; Bochum, Stadt; Bottrop, Stadt; Bremen, Stadt; Dortmund, Stadt; Duisburg, Stadt; Ennepe-Ruhr-Kreis; Essen, Stadt; Gelsenkirchen, Stadt; Hagen, Stadt; Herne, Stadt; Köln, Stadt; Krefeld, Stadt; Leverkusen, Stadt; Mannheim; Mettmann; Mönchengladbach, Stadt; Mülheim an der Ruhr, Stadt; Oberhausen, Stadt; Offenbach am Main, Stadt; Recklinghausen; Remscheid, Stadt; Rhein-Erft-Kreis; Rheinisch-Bergischer Kreis; Solingen, Stadt; Wuppertal, Stadt.

5. Peripher gelegene und gering verdichtete Regionen mit ausgeprägten Tourismuspotenzialen

Aurich; Bad Kissingen; Berchtesgadener Land; Bernkastel-Wittlich; Bodenseekreis; Breisgau-Hochschwarzwald; Cham; Cochem-Zell; Emden, Stadt; Freyung-Grafenau; Friesland; Garmisch-Partenkirchen; Goslar; Heidekreis; Kaufbeuren, Stadt; Kempten (Allgäu), Stadt; Landkreis Rostock; Leer; Lindau (Bodensee); Miesbach; Nordfriesland; Oberallgäu; Ostallgäu; Ostholstein; Passau; Passau, Stadt; Regen; Traunstein; Vorpommern-Greifswald; Vorpommern-Rügen; Vulkaneifel; Waldeck-Frankenberg; Wilhelmshaven, Stadt; Wittmund.

6. Regionen mit starken strukturellen Defiziten, teilweise peripher gelegen

Altenburger Land; Anhalt-Bitterfeld; Barnim; Bautzen; Brandenburg an der Havel, Stadt; Bremerhaven, Stadt; Burgenlandkreis; Chemnitz, Stadt; Cottbus, Stadt; Delmenhorst, Stadt; Dessau-Roßlau, Stadt; Diepholz; Dresden, Stadt; Düren; Eichsfeld; Eisenach, Stadt; Elbe-Elster; Erzgebirgskreis; Euskirchen; Flensburg, Stadt; Frankenthal (Pfalz), Stadt; Frankfurt (Oder), Stadt; Gera, Stadt; Görlitz; Gotha; Greiz; Groß-Gerau; Hameln-Pyrmont; Hamm, Stadt; Harz; Havelland; Heinsberg; Herford; Hildesheim; Ilm-Kreis; Kaiserslautern; Kaiserslautern, Stadt; Kassel, Stadt; Kiel, Stadt; Kleve; Kyffhäuserkreis; Leipzig; Leipzig, Stadt; Lippe; Lübeck, Stadt; Mansfeld-Südharz; Märkisch-Oderland; Mecklenburgische Seenplatte; Meißen; Mittelsachsen; Neunkirchen; Nordhausen; Nordsachsen; Nordwestmecklenburg; Northeim; Oberbergischer Kreis; Oberhavel; Oberspreewald-Lausitz; Oder-Spree; Offenbach; Oldenburg (Oldenburg), Stadt; Ostprignitz-Ruppin; Paderborn; Potsdam-Mittelmark; Prignitz; Region Hannover; Regionalverband Saarbrücken; Rhein-Pfalz-Kreis; Rostock, Stadt; Saale-Holzland-Kreis; Saale-Orla-Kreis; Saalfeld-Rudolstadt; Saarlouis; Saarpfalz-Kreis; Sächsische Schweiz-Osterzgebirge; Salzgitter, Stadt; Salzlandkreis; Schaumburg; Schleswig-Flensburg; Schmalkalden-Meiningen; Schwerin, Stadt; Soest; Sömmerda; Speyer, Stadt; Spree-Neiße; Städteregion Aachen; Stendal; Suhl, Stadt; Teltow-Fläming; Trier, Stadt; Uckermark; Unna; Unstrut-Hainich-Kreis; Viersen; Vogtlandkreis; Wartburgkreis; Weimar, Stadt; Weimarer Land; Wesel; Wesermarsch; Wittenberg; Zwickau.

Typisierung im Abschnitt 5.3 „Lebenssituationen älterer Menschen in Deutschland“

1. Strukturstarke Industriestandorte mit hoher Wirtschaftskraft und Produktivität

Baden-Baden, Kreisfreie Stadt; Bamberg; Bamberg, Kreisfreie Stadt; Biberach; Böblingen; Bodenseekreis; Dingolfing-Landau; Enzkreis; Erlangen, Kreisfreie Stadt; Erlangen-Höchstadt; Germersheim; Groß-Gerau; Heilbronn; Ingolstadt, Kreisfreie Stadt; Kassel; Lindau (Bodensee); Lörrach; Ludwigshafen am Rhein, Kreisfreie Stadt; Rastatt; Regensburg, Kreisfreie Stadt; Rhön-Grabfeld; Saarpfalz-Kreis; Salzgitter, Kreisfreie Stadt; Schweinfurt; Schweinfurt, Kreisfreie Stadt; Tuttlingen; Weilheim-Schongau; Wolfsburg, Kreisfreie Stadt.

2. Hochverdichtete Dienstleistungszentren, teilweise mit strukturellen Schwächen

Aachen; Aachen, Kreisfreie Stadt; Berlin, Kreisfreie Stadt; Bochum, Kreisfreie Stadt; Bonn, Kreisfreie Stadt; Bottrop, Kreisfreie Stadt; Braunschweig, Kreisfreie Stadt; Bremen, Kreisfreie Stadt; Darmstadt Kreisfreie Stadt; Dortmund, Kreisfreie Stadt; Dresden, Kreisfreie Stadt; Duisburg, Kreisfreie Stadt; Düren; Düsseldorf, Kreisfreie Stadt; Ennepe-Ruhr-Kreis; Essen, Kreisfreie Stadt; Frankfurt am Main, Kreisfreie Stadt; Freiburg im Breisgau, Kreisfreie Stadt; Fürth, Kreisfreie Stadt; Gelsenkirchen, Kreisfreie Stadt; Hagen, Kreisfreie Stadt; Hamburg, Kreisfreie Stadt; Heidelberg, Kreisfreie Stadt; Herne, Kreisfreie Stadt; Hochtaunuskreis; Karlsruhe; Karlsruhe, Kreisfreie Stadt; Köln, Kreisfreie Stadt; Krefeld, Kreisfreie Stadt; Leipzig, Kreisfreie Stadt; Leverkusen, Kreisfreie Stadt; Main-Taunus-Kreis; Mainz, Kreisfreie Stadt; Mannheim, Kreisfreie Stadt; Mettmann; Mönchengladbach, Kreisfreie Stadt; Mülheim an der Ruhr, Kreisfreie Stadt; München; München, Kreisfreie Stadt; Münster, Kreisfreie Stadt; Nürnberg, Kreisfreie Stadt; Oberhausen, Kreisfreie Stadt; Offenbach; Offenbach am Main, Kreisfreie Stadt; Oldenburg (Oldenburg), Kreisfreie Stadt; Potsdam, Kreisfreie Stadt; Recklinghausen; Region Hannover; Rhein-Erft-Kreis; Rheinisch-Bergischer Kreis; Rhein-Kreis Neuss; Rhein-Neckar-Kreis; Saarbrücken; Starnberg; Stuttgart, Kreisfreie Stadt; Unna; Wiesbaden, Kreisfreie Stadt; Wuppertal, Kreisfreie Stadt.

3. Kreisregionen mit durchschnittlichen Produktionspotenzialen

Ahrweiler; Aichach-Friedberg; Alb-Donau-Kreis; Altenkirchen (Westerwald); Altötting; Alzey-Worms; Amberg, Kreisfreie Stadt; Amberg-Sulzbach; Ammerland; Ansbach; Ansbach, Kreisfreie Stadt; Aschaffenburg; Aschaffenburg, Kreisfreie Stadt; Augsburg; Augsburg, Kreisfreie Stadt; Bad Dürkheim; Bad Kissingen; Bad Kreuznach; Bad Tölz-Wolfratshausen; Bayreuth; Bayreuth, Kreisfreie Stadt; Bergstraße; Bernkastel-Wittlich; Bielefeld, Kreisfreie Stadt; Birkenfeld; Borken; Calw; Celle; Cham; Cloppenburg; Coburg; Coburg, Kreisfreie Stadt; Coesfeld; Cuxhaven; Dachau; Dahme-Spreewald; Darmstadt-Dieburg; Deggendorf; Delmenhorst, Kreisfreie Stadt; Diepholz; Dillingen a.d.Donau; Donau-Ries; Donnersbergkreis; Ebersberg; Eichstätt; Eifelkreis Bitburg-Prüm; Emmendingen; Emsland; Erding; Esslingen; Euskirchen; Forchheim; Frankenthal (Pfalz), Kreisfreie Stadt; Freising; Freudenstadt; Fulda; Fürstenfeldbruck; Fürth; Gießen; Gifhorn; Göppingen; Goslar; Grafschaft Bentheim; Günzburg; Gütersloh; Hameln-Pyrmont; Harburg; Haßberge; Heidenheim; Heilbronn, Kreisfreie Stadt; Heinsberg; Helmstedt; Herford; Hersfeld-Rotenburg; Herzogtum Lauenburg; Hildesheim; Hochsauerlandkreis; Hof; Hof, Kreisfreie Stadt; Hohenlohekreis; Holzminden; Höxter; Kaufbeuren, Kreisfreie Stadt; Kelheim; Kitzingen; Kleve; Koblenz, Kreisfreie Stadt; Konstanz; Kronach; Kulmbach; Kusel; Lahn-Dill-Kreis; Landau in der Pfalz, Kreisfreie Stadt; Landsberg am Lech; Landshut; Landshut, Kreisfreie Stadt; Lichtenfels; Limburg-Weilburg; Lippe; Ludwigsburg; Lüneburg; Main-Kinzig-Kreis; Main-Spessart; Main-Tauber-Kreis; Mainz-Bingen; Marburg-Biedenkopf; Märkischer Kreis; Mayen-Koblenz; Memmingen, Kreisfreie Stadt; Merzig-Wadern; Miltenberg; Minden-Lübbecke; Mühldorf a.Inn; Neckar-Odenwald-Kreis; Neuburg-Schrobenhausen; Neumarkt i.d.OPf.; Neumünster, Kreisfreie Stadt; Neunkirchen; Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim; Neustadt a.d.Waldnaab; Neustadt an der Weinstraße, Kreisfreie; Neu-Ulm; Neuwied; Nienburg (Weser); Northeim; Nürnberger Land; Oberbergischer Kreis; Odenwaldkreis; Oldenburg; Olpe; Ortenaukreis; Osnabrück; Osnabrück, Kreisfreie Stadt; Ostalbkreis; Ostallgäu; Osterholz; Osterode am Harz; Paderborn; Passau; Passau, Kreisfreie Stadt; Peine; Pfaffenhofen a.d.Ilm; Pforzheim, Kreisfreie Stadt; Pinneberg; Pirmasens, Kreisfreie Stadt; Plön; Ravensburg; Regensburg; Remscheid, Kreisfreie Stadt; Rems-Murr-Kreis; Rendsburg-Eckernförde; Reutlingen; Rheingau-Taunus-Kreis; Rhein-Hunsrück-Kreis; Rhein-Lahn-Kreis; Rhein-Pfalz-Kreis; Rhein-Sieg-Kreis; Rosenheim; Rosenheim, Kreisfreie Stadt; Rotenburg (Wümme); Roth; Rottal-Inn; Rottweil; Saarlouis; Schaumburg; Schwabach, Kreisfreie Stadt; Schwäbisch Hall; Schwalm-Eder-Kreis; Schwandorf; Schwarzwald-Baar-Kreis; Segeberg; Siegen-Wittgenstein; Sigmaringen; Soest; Solingen, Kreisfreie Stadt; Soltau-Fallingbostel; Speyer, Kreisfreie Stadt; St. Wendel; Stade; Steinburg; Steinfurt; Stormarn;

Straubing, Kreisfreie Stadt; Straubing-Bogen; Südliche Weinstraße; Südwestpfalz; Tirschenreuth; Traunstein; Trier, Kreisfreie Stadt; Trier-Saarburg; Tübingen; Uelzen; Ulm, Kreisfreie Stadt; Unterallgäu; Vechta; Verden; Viersen; Vogelsbergkreis; Waldshut; Warendorf; Weiden i.d.OPf., Kreisfreie Stadt; Weißenburg-Gunzenhausen; Werra-Meißner-Kreis; Wesel; Wesermarsch; Westerwaldkreis; Wetteraukreis; Wolfenbüttel; Worms, Kreisfreie Stadt; Wunsiedel i.Fichtelgebirge; Würzburg; Würzburg, Kreisfreie Stadt; Zollernalbkreis; Zweibrücken, Kreisfreie Stadt.

4. Peripher gelegene und geringverdichtete Tourismusregionen

Bad Doberan; Berchtesgadener Land; Breisgau-Hochschwarzwald; Cochem-Zell; Freyung-Grafenau; Garmisch-Partenkirchen; Greifswald, Kreisfreie Stadt; Kempten (Allgäu), Kreisfreie Stadt; Miesbach; Müritz; Nordfriesland; Oberallgäu; Ostholstein; Ostvorpommern; Regen; Rügen; Vulkaneifel; Waldeck-Frankenberg; Wittmund.

5. Strukturschwache Kreisregionen, teilweise peripher gelegen

Altenburger Land; Altmarkkreis Salzwedel; Anhalt-Bitterfeld; Aurich; Barnim; Bautzen; Börde; Brandenburg an der Havel, Kreisfreie St; Bremerhaven, Kreisfreie Stadt; Burgenlandkreis; Chemnitz, Kreisfreie Stadt; Cottbus, Kreisfreie Stadt; Demmin; Dessau-Roßlau, Kreisfreie Stadt; Dithmarschen; Eichsfeld; Eisenach, Kreisfreie Stadt; Elbe-Elster; Emden, Kreisfreie Stadt; Erfurt, Kreisfreie Stadt; Erzgebirgskreis; Flensburg, Kreisfreie Stadt; Frankfurt (Oder), Kreisfreie Stadt; Friesland; Gera, Kreisfreie Stadt; Görlitz; Gotha; Göttingen; Greiz; Güstrow; Halle (Saale), Kreisfreie Stadt; Hamm, Kreisfreie Stadt; Harz; Havelland; Hildburghausen; Ilm-Kreis; Jena, Kreisfreie Stadt; Jerichower Land; Kaiserslautern; Kaiserslautern, Kreisfreie Stadt; Kassel, Kreisfreie Stadt; Kiel, Kreisfreie Stad; Kyffhäuserkreis; Leer; Leipzig; Lübeck, Kreisfreie Stadt; Lüchow-Dannenberg; Ludwigslust; Magdeburg, Kreisfreie Stadt; Mansfeld-Südharz; Märkisch-Oderland; Mecklenburg-Strelitz; Meißen; Mittelsachsen; Neubrandenburg, Kreisfreie Stadt; Nordhausen; Nordsachsen; Nordvorpommern; Nordwestmecklenburg; Oberhavel; Oberspreewald-Lausitz; Oder-Spree; Ostprignitz-Ruppin; Parchim; Potsdam-Mittelmark; Prignitz; Rostock, Kreisfreie Stadt; Saale-Holzland-Kreis; Saalekreis; Saale-Orla-Kreis; Saalfeld-Rudolstadt; Sächsische Schweiz-Osterzgebirge; Salzlandkreis; Schleswig-Flensburg; Schmalkalden-Meiningen; Schwerin, Kreisfreie Stadt; Sömmerda; Sonneberg; Spree-Neiße; Stendal; Stralsund, Kreisfreie Stadt; Suhl, Kreisfreie Stadt; Teltow-Fläming; Uckermark; Uecker-Randow; Unstrut-Hainich-Kreis; Vogtlandkreis; Wartburgkreis; Weimar, Kreisfreie Stadt; Weimarer-Land; Wilhelmshaven, Kreisfreie Stadt; Wismar, Kreisfreie Stadt; Wittenberg; Zwickau.

6. Gesundheitliche Versorgung

6.1 Zusammenfassung

Gesundheitliche Versorgung wird im vorliegenden Kapitel als grundlegende sozialstaatliche Aufgabe behandelt, die unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und Möglichkeiten als Zusammenspiel zahlreicher Akteure ausgestaltet werden muss. Dabei verdeutlichen die vorliegenden Ausführungen aus individueller, sozialstruktureller und regionaler Perspektive die Notwendigkeit differenzierter Antworten auf die Herausforderung, für alle Bürgerinnen und Bürger eine angemessene gesundheitliche Versorgung sicherzustellen. Gesundheitliche Versorgung umfasst diesem Verständnis zufolge weit mehr als medizinische Versorgung und beschränkt sich daher nicht auf die Behandlung von Krankheiten; vielmehr geht es auch um die Vorhaltung und Sicherung von Teilhabechancen durch die Ermöglichung einer selbstständigen, selbst- und mitverantwortlichen Lebensführung. Entsprechend wird empfohlen, die Bereiche der Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Palliation bei der Allokation von Ressourcen im Gesundheitssystem stärker zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund beziehen sich die Empfehlungen der Kommission zur gesundheitlichen Versorgung nicht allein auf die Sicherung der Verfügbarkeit medizinischer Dienstleistungen. Sie schließen auch Möglichkeiten einer verbesserten Aufgabenteilung und Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen ein – dies vor allem unter der Zielsetzung einer stärkeren Patientenorientierung. Die Notwendigkeit einer Vernetzung der verschiedenen Akteure mit dem Ziel, eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgungsstruktur zu etablieren, die den mit dem demografischen Wandel verbundenen Herausforderungen gerecht wird, verweist auch auf die deutliche Stärkung der Kommunen: Diese sollten bei der Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Sektor ebenso stärkere Mitbestimmungs- und Gestaltungsrechte erhalten wie bei der Entwicklung innovativer, Sektorengrenzen überwindender Strukturen. Die Makrostrukturen der gesundheitlichen Versorgung stehen im Mittelpunkt dieses Kapitels. Ergänzend sei erwähnt, dass auch Mesostrukturen gegenseitiger Unterstützung und allgemeiner beziehungsweise lokaler Lebensbedingungen (gesunde Städte, zivilgesellschaftliche Strukturen in Quartieren) sowie Mikrostrukturen von Nachbarschaften, Familien und Haushalten eine Rolle in der gesundheitlichen Versorgung im Alter spielen.

6.2 Gesundheitliche Versorgung als sozialstaatliche Aufgabe im Kontext der Daseinsvorsorge

Im vorliegenden Kapitel bezieht sich der Begriff der gesundheitlichen Versorgung auf die Verfügbarkeit von Leistungen, die zur Erhaltung, Wiedererlangung oder Verbesserung körperlicher und geistiger Gesundheit im weitesten Sinne und zur Ermöglichung und zum Erhalt von Teilhabe beitragen sollen.

Die Sicherung einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger – und hier sind jenseits aller Kosteneinsparungstendenzen im Gesundheitswesen auch im Einzelfall benötigte teure medizinische Behandlungen ausdrücklich eingeschlossen[35] – gehört zu den „Grundaufgaben des Staates“ (Terminologie BVerfG). Damit ist ein Anspruch aller Bürgerinnen und Bürger – gleich welchen Lebensalters – angesprochen, und *dieser* Anspruch darf nicht Kosten-Nutzen-Erwägungen untergeordnet oder sogar geopfert werden. Dies gilt vor allem mit Blick auf alte Menschen: Hier besteht die Gefahr, dass die Nicht-Gewährung von Versorgungsleistungen durch empirisch nicht gestützte, defizitorientierte Altersbilder gerechtfertigt wird, etwa in dem Sinne, dass eine kostenintensive Behandlung eines alten Menschen nicht geboten sei, weil diese im Alter keine positiven Effekte habe. So besteht auch die Tendenz nicht weniger Kostenträger, alten Menschen eine Rehabilitation zu verweigern, und dies mit Hinweis auf die – empirisch nicht gedeckte – Aussage mangelnder Rehabilitationspotenziale im hohen Alter. Diese fehlerhafte Annahme, gepaart mit Rationierungstendenzen, kann dazu führen, dass im Bereich der Geriatrie Rehabilitationsplätze abgebaut und damit Geriatriekonzepte – die in der Vergangenheit noch mit großer Übereinstimmung verabschiedet wurden – allmählich ausgehöhlt werden. Es ist nachdrücklich auf den Versorgungsanspruch des alten Menschen hinzuweisen und hervorzuheben, dass eine angemessene gesundheitliche Versorgung auch mit Blick auf alte Menschen zu den „Grundaufgaben des Staates“ gehört.

[35] Vgl. hierzu das Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG und die Schutzpflicht für Leben und körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 GG.

Die staatliche Versorgungsverantwortung bildet den Rahmen für die Verteilung von Kompetenzen im Gesundheitswesen; sie ist im Sinne der Vorgabe eines Staatsziels durch das Grundgesetz ebenso unaufgebbar wie sie zur Prüfung bestehender (gewählter) materieller und organisatorischer Leistungen sowie gegebenenfalls auch zu einer Beschränkung von Selbstverwaltung im Kontext von Planungs- und Steuerungsentscheidungen verpflichtet (Burgi 2013). Im vorliegenden Kapitel wird die Auffassung vertreten, dass den – sich im Zuge des demografischen Wandels zunehmend abzeichnenden – Versorgungsdefiziten und Fehlallokationen (wie bspw. im Bereich der geriatrischen Versorgung) auch durch die Stärkung von kommunaler Verantwortung und Patientenorientierung zu begegnen ist. In diesem Zusammenhang eröffnen sich auch Perspektiven für eine verstärkte Bürgerbeteiligung bei der lokalen Gestaltung des Gesundheitswesens. Eine Form der Bürgerbeteiligung ist die ehrenamtliche Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei der Inanspruchnahme ärztlicher und pflegerischer Versorgungsleistungen. Zu nennen sind hier Fahrdienste zur ärztlichen Praxis, die Begleitung in die ärztliche Praxis und Besuchsdienste (sowohl in der Privatwohnung als auch in der Klinik).

Dabei zeichnen sich für die kommenden Jahre gerade im Gestaltungsfeld einer quartiersnahen Versorgung neben wachsenden Gestaltungsherausforderungen auch Gestaltungschancen ab. In jenen Regionen, in denen eine leistungsfähige Gesundheitsinfrastruktur vorhanden ist und in denen die Akteure für innovative Projekte und Kooperationen offen sind, geht es in den nächsten Jahren um eine Gestaltungsoffensive, die auf die unterschiedlichen Lebenslagen (vgl. Kapitel 4 in diesem Bericht) eingeht und zudem die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Säulen, insbesondere auch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, optimiert. In jenen Regionen, in denen eine derartige Gesundheitsinfrastruktur noch nicht gegeben ist, muss diese aufgebaut, koordiniert und so ausgerichtet werden, dass sie auf die verschiedenartigen Lebenslagen hinreichend differenziert antworten kann. Dabei können auch Innovationen in strukturschwachen Regionen Modellcharakter gewinnen – hier seien zum Beispiel Gesundheitszentren angeführt, die zunächst als Antwort auf Versorgungsdefizite und Ärztemangel in strukturschwachen Regionen konzipiert wurden, jedoch mittlerweile mehr und mehr auch als eine innovative Lösung für prosperierende Regionen angesehen werden.

Wenn man unter Daseinsvorsorge die Bereitstellung von öffentlichen Gütern und Dienstleistungen, die dem Gemeinwohl und der Lebensentfaltung des Einzelnen dienen, versteht (vgl. Kapitel 1 in diesem Bericht), dann ist mit dem Thema der gesundheitlichen Versorgung ein wesentlicher Aspekt von Daseinsvorsorge angesprochen. Damit wird zugleich auf eine sozialstaatliche Verpflichtung verwiesen: Dies zum einen, wenn man das Konzept der Daseinsvorsorge auf die Befriedigung elementarer Bedürfnisse – im Sinne von für das menschliche Überleben notwendige Leistungen – beschränkt, zum anderen, wenn man Grundbefähigungen im Sinne Nussbaums (vgl. Kapitel 2 in diesem Bericht) einschließt – da gesundheitliche Versorgung in vielen Fällen eine wesentliche Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe und eine an individuellen Bedürfnissen und Präferenzen orientierte, selbstverantwortliche Gestaltung des eigenen Lebens und persönlich zufriedenstellender Lebensumstände darstellt.

Gesundheitsversorgung als Element der Daseinsvorsorge zielt auf die Schaffung, Erhaltung und Optimierung der Voraussetzungen für ein möglichst vielfältiges und chancenreiches Leben (Röbke 2012) und hat den spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger gerecht zu werden. Das zugrunde liegende Verständnis von Gesundheit beschränkt sich dabei nicht auf die Wahrung oder (Wieder-)Herstellung möglichst weitreichender körperlicher und geistiger Unversehrtheit und Leistungsfähigkeit oder auf die Korrektur oder Kompensation von Defiziten und Verlusten; vielmehr müssen – gerade auch im Alter – Teilhabe, Bezogenheit und Integrität zentrale Ziele gesundheitlicher Versorgung sein.

Gesundheitliche Versorgung sollte weit stärker als heute an Wirkungszielen orientiert werden. Die strikte Trennung zwischen Sektoren (z. B. innerhalb der kurativen Medizin zwischen ambulanter (vertragsärztlicher) und stationärer Versorgung) und zugehörigen Budgets impliziert eine Vergütungslogik, die Leistungen zum Teil auch unabhängig von individuellen Bedarfen und Lebensumständen honoriert und wenig Anreize zu einer sektorenübergreifenden Kooperation schafft. Des Weiteren erschwert die sektorale Struktur eine umfassende Kapazitätsplanung, insofern etwa Niederlassungsfreiheit für Zahnärzte, Apotheken und viele nichtärztliche Leistungserbringer besteht, während die Bedarfsplanung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) fällt und die Bundesländer für die Krankenhausplanung zuständig sind. Die im Wettbewerbsstärkungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von 2007 geforderte sektorenübergreifende Qualitätssicherung ist bis heute nicht umgesetzt; hinsichtlich des langfristigen Erfolgs von Versorgungsleistungen besteht wenig Transparenz, da sich Qualitätssicherungsmaßnahmen häufig auf den stationären Sektor beschränken (G-BA 2013; Ozegowski und Amelung 2015). Eine stärkere Orientierung an Wirkungszielen könnte zur Vermeidung von Über- und Unterversorgung führen und Fehlanreize beseitigen, wie sie etwa darin

zum Ausdruck kommen, dass Patientinnen und Patienten mit ausgeprägter Komorbidität an andere Leistungserbringer weitervermittelt (Ozegowski und Amelung 2015) oder dass sterbende Patientinnen und Patienten aus Krankenhäusern in Pflegeheime entlassen werden, die den an eine bedarfsgerechte Palliativversorgung zu richtenden Anforderungen häufig noch nicht gerecht werden können.

Gesundheitliche Versorgung als Daseinsvorsorge muss weiterhin den sozialen und räumlichen Besonderheiten der jeweiligen Region gerecht werden. In diesem Zusammenhang ist auf die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung zu verweisen, die insbesondere auch Möglichkeiten der Vernetzung von Angeboten, zum Beispiel in Form von Gesundheitszentren, nutzt und dabei lebenslagen- und milieuspezifische Zugangsbarrieren abbaut. Gesundheitsversorgung als Daseinsvorsorge hat bei aller Berechtigung von Forderungen nach Wirtschaftlichkeit und Effizienz jenseits von Rentabilitätserwägungen sicherzustellen, dass Menschen unabhängig von Alter, sozialem Status, Persönlichkeit oder sonstigen Merkmalen mit akzeptablem Aufwand von angemessenen Leistungen profitieren können. Unter-, Fehl- und Überversorgung sind grundsätzlich mit Bezug auf die Patientinnen und Patienten und deren Lebenslagen zu diskutieren. In diesem Zusammenhang sind potenzielle Informationsdefizite und Mobilitätseinschränkungen ebenso zu beachten wie mit der Nachfrage und Nutzung von Leistungen verbundene Selbstbeteiligungskosten, die in unteren Einkommensgruppen nicht selten zur Folge haben, dass auf mögliche Leistungen verzichtet wird oder Behandlungen vorzeitig abgebrochen werden. Zur hier angesprochenen regionalen Orientierung gehört auch die Vorhaltung niederschwelliger, zugehender, beratender, Handlungsstrategien vermittelnder und Handlungsalternativen aufzeigender Angebote.

Die Berücksichtigung der in der jeweiligen Region vorliegenden Besonderheiten – sowohl im Sinne von Chancen wie auch im Sinne von Herausforderungen – verweist auf die Notwendigkeit der Regionalisierung der Gesundheitsversorgung, auf die Stärkung kommunaler Verantwortung wie auch auf die Stärkung interkommunaler Zusammenarbeit. Vor dem Hintergrund der regionalen Spezifität von Prozessen sozialen und demografischen Wandels – dem Nebeneinander von stark prosperierenden, stagnierenden und schrumpfenden Regionen – muss die Zielvorgabe gleichwertiger Lebensbedingungen ausgehend von den vor Ort bestehenden Bedarfen und Gestaltungsmöglichkeiten umgesetzt werden. Eine effiziente Vernetzung und zielgenaue Ergänzung des jeweils gegebenen Leistungsspektrums steht in engem Zusammenhang mit der Forderung nach Bürgerbeteiligung und Patientenorientierung.

Gesundheitsversorgung als Daseinsvorsorge beschränkt sich nicht auf medizinische Versorgung, schon gar nicht auf kurative Medizin, also auf Heilung abzielende Behandlung. Gesundheitsförderung und Primärprävention im Sinne der Förderung gesundheitsförderlichen Verhaltens und der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (z. B. age-friendly cities) zur Vermeidung von Krankheiten, Sekundärprävention im Sinne der frühzeitigen Erkennung und Vermeidung der Progredienz von Erkrankungen sowie tertiäre Prävention im Sinne der Vermeidung von Folgeschäden, Rezidiven und Rückfällen gehören ebenso zum Leistungsspektrum von Gesundheitsversorgung wie gesundheitsbezogene soziale Arbeit, Rehabilitation, Pflege und Palliation. Die letztgenannten Aspekte gesundheitlicher Versorgung gewinnen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zunehmend an Gewicht; mit der Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung verändern sich gleichzeitig die Aufgaben der in der medizinischen Versorgung engagierten Disziplinen, gewinnt die Behandlung chronischer Erkrankungen gegenüber der Behandlung akuter Erkrankungen noch mehr an Bedeutung. Mit Blick auf die medizinische Versorgung ist festzustellen, dass diese nicht immer und schon gar nicht notwendigerweise ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte geleistet wird. So können etwa in der Delegation von ärztlichen Aufgaben an andere Gesundheitsberufe (Fendrich u. a. 2010; Traupe 2015) und der Substitution bestimmter bisher ärztlicher Aufgaben Lösungsansätze für Defizite in der (haus-)ärztlichen Versorgung ländlicher Regionen gesehen werden. Des Weiteren kann etwa zwischen „expliziten" und „impliziten" Präventionsanstrengungen unterschieden werden, wobei zu letzteren unter anderem Regeln und Normen des Arbeits- und Jugendschutzes ebenso wie Maßnahmen zur Förderung von Bildung, Integration und Teilhabe oder zur Barrierefreiheit von Nachbarschaften zu zählen sind, die letztlich auf die Gesundheitskompetenz der Menschen zielen (Burgi 2013). Verwiesen sei an dieser Stelle auf die Etablierung kommunaler Gesundheitskonferenzen sowie auf Gesundheitsdienstgesetze, die jeweils unter der Zielsetzung der Koordination der zahlreichen auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung tätigen beziehungsweise für Gesundheitsförderung relevanten Akteure stehen. Zu nennen sind hier Gesundheitsämter, Vertreter der Ärzte- und Apothekerschaft, Selbsthilfegruppen, Gesundheits- und Sozialverbände, die (Kommunal-)Politik, Kindergärten und Schulen sowie Sport-, Freizeit- und Bildungsangebote, die im Kontext kommunaler Selbstverwaltungsbefugnisse unterbreitet werden. Entsprechend ist gesundheitliche Versorgung im Sinne von Versorgungsnetzwerken zu denken, an denen zahlreiche Akteure beteiligt sind, wobei im Einzelnen anzustrebende Wirkungsziele

jeweils auf weitere Handlungsfelder beziehungsweise Daseinsvorsorgebereiche verweisen. So ist etwa die Zugänglichkeit (fach-)ärztlicher Versorgung an individuelle Mobilität und eine Verkehrsinfrastruktur ebenso gebunden wie an die Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen oder auch an zeitliche, soziale und materielle Ressourcen von Patientinnen und Patienten.

Vor dem Hintergrund der Darstellung gesundheitlicher Versorgung im Kontext eines Wohlfahrtsmix wird deutlich, dass sich – unabhängig von der staatlichen Versorgungsverantwortung – gesundheitliche Versorgung nur als Koproduktion verschiedener Akteure auf unterschiedlichen Ebenen – Staat, Kommune, Bürgerinnen und Bürger, Wirtschaft, Krankenkassen, Leistungserbringer und Wohlfahrtsverbände etc. – verstehen lässt, die unterschiedliche Wege zu guter Gesundheit eröffnet und in komplexen Fällen ein individuell abgestimmtes Versorgungsmanagement erfordert. In diesem Zusammenhang wird häufig die Steuerungs- oder Lotsenfunktion von Hausärzten betont, wobei aber die Frage gestellt werden muss, ob die Zuordnung der Koordinierungsfunktion zum Tätigkeitsprofil des Hausarztes nicht zu optimistisch ist, zumal das Feld der primären Prävention nicht in die originäre Zuständigkeit des Hausarztes fällt. Entsprechend liegt es nahe, Aufgaben der Fallsteuerung, die gegenwärtig von Ärztinnen und Ärzten nicht in ausreichendem Maße wahrgenommen werden können, auf andere, hierfür zusätzlich qualifizierte Professionen (z. B. Fachkräfte aus der Pflege und der sozialen Arbeit als Case-Manager und -Managerinnen) zu übertragen und damit entsprechende Rechtsansprüche zu realisieren (z. B. § 11 SGB V, § 7a SGB XI); diese könnten unter Umständen sinnvoll in Allgemeinarztpraxen, Pflegestützpunkten und geriatrischen Zentren angesiedelt sein. Eine zielgenaue, den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten gerecht werdende Fallsteuerung wäre durch eine institutionalisierte (leistungsrechtlich zu berücksichtigende) Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und kooperierenden Professionen zu fördern. Des Weiteren ergibt sich aus dem Zusammenwirken der verschiedenen Ebenen in der Koproduktion von Gesundheit die Forderung nach einer Stärkung von Patientenorientierung und Patienten-Empowerment im Gesundheitssystem.

6.3 Patientenorientierung und Patienten-Empowerment

Patientenorientierung im Sinne der Forderung, den Patienten in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen (Ozegowski und Amelung 2015), steht im Einklang mit einer von der Weltgesundheitsorganisation propagierten personenzentrierten Versorgung, die sich nicht allein an den gesundheitlichen Bedarfen und den Erwartungen der Patientinnen und Patienten, sondern darüber hinaus auch an deren sozialen Netzwerken und der Gesellschaft insgesamt orientiert (WHO 2013).

Für eine Veränderung des gesundheitlichen Versorgungssystems in Richtung auf eine stärkere Patientenorientierung bieten sich nach Ozegowski und Amelung (2015) vier zentrale „Stellschrauben“ an: Erstens wären auf der Ebene der Budgetverteilung und Vergütungsmechanismen durch patientenbezogene Budgets Anreize zu schaffen, zweitens könnte Patientenorientierung auf der Ebene der Kapazitätsplanung durch eine bessere Koordination von Bedarfsplanungen und/oder durch ein stärker wettbewerblich ausgerichtetes Modell, das Leistungen auf der Grundlage längerfristiger patientenbezogener Wirkungsziele vergütet, gefördert werden. Drittens würden Patientinnen und Patienten von sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen profitieren, zumal wenn diese bei der Messung von Qualität auch in stärkerem Maße auf Urteile der Patientinnen und Patienten zurückgreifen (Stahl und Nadj-Kittler 2015; Stöckle 2015). Und viertens wäre neben einer stärkeren Ausrichtung des Wettbewerbs auf Patientenorientierung zu prüfen, ob, inwieweit und wo wettbewerbliche Mechanismen insgesamt zur Realisierung des Sicherstellungsauftrags beitragen oder diesem im Wege stehen. Ein konsequenter Bezug auf den sozialen Raum, der Umgang mit regionaler Unterversorgung und regionale und institutionenbezogene Kooperationen (AAPV, ärztliche Versorgung in Pflegeheimen) stellen die Funktionalität der Wettbewerbsorientierung infrage. Auch ist die Frage zu prüfen, inwieweit eine öffentliche Stärkung von Patienteninteressen notwendig ist, zum Beispiel durch eine Ergänzung sektoraler Interessenvertretungen mittels einer stärkeren Beteiligung von Patientinnen und Patienten. Derzeit sind Patientenvertreter zwar im gemeinsamen Bundesausschuss repräsentiert, sie haben allerdings kein Stimmrecht. Eine größere Rolle der Kommunen für die Planung und Gestaltung der regionalen oder lokalen Gesundheitsversorgung eröffnet darüber hinaus Chancen für eine stärkere Bürgerbeteiligung (s. o.).

Ein „normatives Konfliktpotenzial“ ist mit Ozegowski und Amelung (2015) bisher darin zu sehen, dass im SGB V dem Begriff der Patientenorientierung für die Regelung der GKV nur wenig Bedeutung beigemessen wird. Vielmehr sind Krankenkassen und Leistungserbringer nach § 70 SGB V dazu verpflichtet, eine bedarfsgerechte

und gleichmäßige Versorgung sicherzustellen, die ausreichend und zweckmäßig ist und „das Maß des Notwendigen nicht überschreitet“. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2001 ausgeführt (Sachverständigenrat 2001), dass der im SGB V angesprochene Bedarf als „objektivierende Feststellung“ fachlich oder wissenschaftlich zu bestätigen und nicht notwendigerweise deckungsgleich mit den auf die Versorgung bezogenen Wünschen und Präferenzen des Patienten ist. Der Bedarfsbegriff des Sachverständigenrates wurde entsprechend als „paternalistisch“ kritisiert und einem als „shared decision making“ gekennzeichneten Entscheidungsprozess gegenübergestellt, der davon ausgeht, dass es eine „objektive“ Therapieentscheidung nicht gibt, sondern diese entsprechend zwischen Leistungserbringer und Patient ausgehandelt und unter angemessener Berücksichtigung der Interessen und Präferenzen des Patienten getroffen werden muss – was nicht bedeutet, dass den Wünschen des Patienten in jedem Fall gefolgt werden müsste.

Durch wissenschaftliche Untersuchungen ist die klinische und wirtschaftliche Relevanz von Patientenerfahrungen gut belegt; die Erfahrungen vertrauensvoller Zusammenarbeit zwischen Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten im Behandlungsprozess haben – unabhängig von der jeweils betrachteten Erkrankung und Patientengruppe – systematisch Einfluss auf die Befolgung therapeutischer Empfehlungen, das Behandlungsergebnis sowie die Häufigkeit von Wiederaufnahmen, Notaufnahmen und Anschlussbehandlungen (Doyle u. a. 2013; Stahl und Nadj-Kittler 2015). Entsprechend setzt sich zunehmend die Auffassung durch, dass konkrete Betreuungserfahrungen des Patienten als ein wichtiger Indikator für die Qualität und das Funktionieren von Strukturen und Prozessen im Behandlungsverlauf wie auch als ein wichtiges Potenzial für die Verbesserung von Versorgungsqualität anzusehen sind. Empirische Untersuchungen zur Identifikation von Qualitätslücken eines fragmentierten Versorgungssystems (Noest u. a. 2014) und zu Erwartungen an eine integrierte Patientenbetreuung (Juhnke und Mühlbacher 2013) legen nahe, dass sich eine patientenorientierte Versorgung aus der Sicht des Patienten vor allem dadurch auszeichnet, dass sie

(a) verständliche Informationen liefert, sodass Patienten und Angehörige in die Lage versetzt werden, den gesamten Behandlungsprozess (und nicht lediglich einzelne Episoden) in seinem Verlauf mitsamt den jeweils relevanten Outcome-Kriterien und Risiken zu verstehen,

(b) den Patienten in Prozesse der Entscheidungsfindung einbezieht, insofern nicht lediglich Behandlungsempfehlungen zugestimmt werden soll, sondern auch über Alternativen informiert und gegebenenfalls auch das Einholen einer Zweitmeinung empfohlen wird,

(c) Behandlung und Betreuung koordiniert und dabei Kontinuität ermöglicht, indem Untersuchungsbefunde mit Blick auf ihre Bedeutung für Diagnostik, Therapie und Prognose von den jeweils beteiligten Fachpersonen in Bezug zueinander bewertet werden,

(d) den beteiligten Fachpersonen eine kohärente Kommunikation ermöglicht, indem diese eng zusammenarbeiten und dabei nicht zuletzt auch als Ansprechpersonen der Patienten und ihrer Angehörigen fungieren (Berchtold und Zanoni 2015).

Derartige Konzepte können und sollen Ärztinnen und Ärzte nicht ersetzen. Vielmehr kann eine stärkere Patientenorientierung die Arbeit der Ärzte verbessern und eine selbstverständlichere Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen befördern.

Die Prognose einer medizinischen Behandlung hängt wesentlich von der Fähigkeit und Bereitschaft von Patientinnen und Patienten ab, die Behandlung aktiv zu unterstützen. Angesichts der Komplexität medizinischer Diagnostik und Therapie und der oft sehr begrenzten Zeit, die Ärzte für eine Aufklärung und Information des Patienten haben, ist es vielen Patienten aber nicht möglich, im Prozess der Behandlung eine aktive Rolle einzunehmen, die dafür notwendigen Mitwirkungskompetenzen zu entwickeln und einzusetzen. Mit dem Patienten-Coaching wurde ein Empowerment-Ansatz entwickelt und praktisch erprobt, mit dem die gesundheitsbezogene Selbstwahrnehmung und Eigenkompetenz des Patienten gestärkt werden soll (Naidoo und Wills 2010; Pourie und Schmöller 2010; Stumm und Weber 2015). Zur Effizienz von Patienten-Coaching-Modellen liegen inzwischen auch für Deutschland umfangreiche Evaluationsergebnisse vor. Diese belegen positive Effekte derartiger Beratungs- und Begleitungsansätze, wobei Beratung und Begleitung nicht notwendigerweise in Face-to-Face-Situationen realisiert werden müssen, sondern etwa auch telefonisch durchgeführt werden können. Die Evaluationsergebnisse belegen unter anderem, dass sich im Verständnis der Erkrankung ebenso Verbesserungen zeigen wie im Umgang mit der Erkrankung, im Verständnis von Therapieempfehlungen und der Wahrnehmung von Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen. Die Möglichkeiten der Mitwirkung an medizinischen Entscheidungsprozessen werden dadurch verbessert, dass die Patienten besser vorbereitet in die Sprechstunde kommen und sich konstruktiver mit dem Arzt austauschen können. Die genannten Effekte des Patienten-Coachings führen Untersuchungen zufolge

sowohl kurzfristig zu einer Reduktion von Notfällen als auch mittelfristig zu einer Verminderung von Folgeerkrankungen. Die infolge der Vermeidung von unnötigen Hospitalisierungen, Arbeitsunfähigkeitszeiten und nicht indizierter Inanspruchnahme von Ärzten und Therapeuten reduzierten Behandlungskosten reichen den vorliegenden Erfahrungen zufolge für die Refinanzierung der Coaching-Projekte aus. Entsprechend wird ein flächendeckender Zugang zum Patienten-Coaching als sinnvoller Beitrag zu einer stärkeren Patientenbeteiligung als wünschenswert angesehen (Stumm und Weber 2015).

6.4 Gesundheitliche Versorgung in ihrer Bedeutung für Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe

Zentrale Lebensthemen des hohen Alters sind die Erhaltung oder Wiedererlangung von Gesundheit, Selbstständigkeit und Autonomie sowie der Umgang mit chronischen Erkrankungen und Verletzlichkeit. Diese Themen gewinnen in jenen Fällen, in denen alten Menschen die eigene körperliche, kognitive und emotionale Verletzlichkeit bewusst wird, zusätzlich an Gewicht. Die Erwartung von Patientinnen und Patienten an die medizinische Versorgung bezieht sich nicht nur auf die diagnostische und therapeutische Kompetenz, sondern auch auf die Fähigkeit, sich auf die körperliche, psychische und soziale Situation eines alten Patienten einstellen und diesen fachlich und menschlich überzeugend ansprechen zu können – wobei hier vor allem Hausärzten und Geriatern großes Vertrauen entgegengebracht wird. Die Gewissheit, sich auf ein kompetentes, zuverlässiges, gut erreichbares medizinisches Versorgungssystem stützen zu können, stellt einen bedeutenden Aspekt der Lebensqualität im hohen Alter dar. Einem alten Menschen, der sich in den verschiedensten Fragen der körperlichen und psychischen Gesundheit an einen Arzt wenden kann, dem er Vertrauen entgegenbringt, gibt diese Erfahrung ein hohes Maß an Sicherheit, die helfen kann, körperliche, kognitive und funktionale Einbußen psychisch besser zu verarbeiten. Dieser Begleitungs- und Beratungsaspekt ist als eine Komponente der haus- oder fachärztlichen Tätigkeit zu werten, die alten Menschen besonders wichtig ist und gegebenenfalls vergütungsrechtlich zu stärken wäre.

Vor dem Hintergrund der medizinischen, psychologischen und soziologischen Befunde zu den Präventions-, Gestaltungs- und Rehabilitationspotenzialen auch im hohen Alter (Carmeli 2014; Leggett und Zarit 2014; Mishra und Gazzaley 2014) sollte medizinische Begleitung und Beratung diese Potenziale ebenfalls ins Zentrum stellen. Hierfür müssen Haus- und Fachärzte eng mit Vertretern anderer Gesundheitsberufe (vor allem mit Therapeuten aus der Physio- und Sporttherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie sowie mit Fachpersonal aus der Pflege und der sozialen Arbeit) kooperieren, wobei geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kompetenzen große Bedeutung für die Sicherung von Möglichkeiten eines „guten Lebens“ – Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und Teilhabe im Sinne der Grundbefähigungen Nussbaums (vgl. Kapitel 2 in diesem Bericht) – zukommt. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Aufgabe, die mit dem Frailty-Syndrom beschriebenen, über fortgeschrittene Alterungsprozesse deutlich hinausgehenden Verschlechterungen des Allgemeinzustandes möglichst frühzeitig und in Art und Ausmaß möglichst differenziert zu erfassen und die insbesondere in frühen Phasen (Pre-Frailty) bestehenden Interventionsmöglichkeiten zu nutzen (Clegg u. a. 2013; Sieber 2014). Auf der Grundlage einer differenzierten Frailty-Diagnostik[36] ist es möglich, Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und Mortalität älterer Menschen – in Privathaushalten wie in stationären Einrichtungen – vorherzusagen und Risiken operativer und pharmakologischer Interventionen besser einzuschätzen. Entsprechend wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, gerade bei bevorstehenden stationären Behandlungen Frailty zeitnah zu diagnostizieren und gegebenenfalls einen Geriater hinzuzuziehen.

Ebenso muss der Zugang zur Nutzung kultureller und sozialer Angebote gesichert werden, die auf eine Umsetzung persönlicher Interessen und Fähigkeiten und somit auf die Förderung und den Erhalt von körperlicher, kognitiver und sozialer Kompetenz zielen. Für die Umsetzung von Präventions-, Gestaltungs- und Rehabilitationsangeboten im Sinne eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit sind daher auch solche Konzepte von großer Bedeutung, die auf Barrierefreiheit und technische Assistenz in der Wohnung, im Wohnumfeld sowie bei der Verkehrsgestaltung setzen.

[36] Als ein innovativer Ansatz sei hier der im Rahmen der LUCAS-Studie (Longitudinal Urban Cohort Ageing Study) entwickelte Funktionsindex genannt (Dapp u. a. 2014).

Bedeutung spezieller Versorgungsbereiche: Demenz-, geriatrische und Palliativversorgung

Die Sorge vor einer Demenz bildet ein zentrales gesundheitsbezogenes Thema im Alter, wobei Einbußen der Identität, der Kontrolle, der Autonomie und der selbstverantwortlichen Lebensgestaltung jene Merkmale bilden, die mit Blick auf die Demenz die größten Sorgen hervorrufen (Kruse 2011; Kessler u. a. 2012). Angesichts der Tatsache, dass die Anzahl der Menschen mit einer neurodegenerativen oder vaskulären Demenz in Zukunft vermutlich weiter ansteigen wird – Epidemiologen gehen davon aus, dass sich diese Anzahl bis zum Jahre 2050 verdoppeln oder gar verdreifachen wird –, ist auch in den Krankenhäusern mit einem deutlichen Anstieg der Zahl von Patienten mit Demenz zu rechnen. Bei Demenzkranken ist das Risiko der Multimorbidität gegenüber jenen Menschen, die nicht an einer Demenz erkrankt sind, hochsignifikant erhöht. Die über die Behandlung der demenziellen Erkrankungen hinaus entstehenden Versorgungsbedarfe (Angerhausen 2008; Pinkert und Holle 2012) ergeben sich nicht nur infolge von kognitiven Einbußen, Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen; bei demenzkranken Menschen finden sich darüber hinaus beispielsweise auch höhere Prävalenzraten für Erkrankungen des Mund- und Rachenraumes und Probleme im Bereich der Zahnhygiene, Hautprobleme, Seh- und Höreinbußen, Harninkontinenz, Schmerzzustände oder Mangelernährung (Singh u. a. 2014). Nach Pinkert und Holle (2012) ist daher die Wahrscheinlichkeit, im Krankenhaus behandelt werden zu müssen, für demenzkranke Menschen im Vergleich zu nicht demenzkranken Menschen um das 1,4- bis 3,6-Fache erhöht. Nach Dutzi u. a. (2013) weisen über 40 Prozent der Patientinnen und Patienten in der stationären geriatrischen Rehabilitation kognitive Beeinträchtigungen als Nebendiagnose auf; nach Singh u. a. (2014) liegt in Großbritannien der Anteil Demenzkranker unter den neu aufgenommenen Patientinnen und Patienten im Alter von über 70 Jahren in Akutkrankenhäusern bei 42,4 Prozent. Der Krankenhausaufenthalt wirkt sich zudem oft negativ auf den Gesundheitszustand und -verlauf demenzkranker Menschen aus. Sampson u. a. (2009) konnten zeigen, dass demenzkranke Menschen im Krankenhaus im Durchschnitt unter schwereren akuten Erkrankungen leiden, später entlassen werden und ein höheres Mortalitätsrisiko haben.[37] Demenzkranke reagieren nach Einweisung in ein Akutkrankenhaus auf die fremde Umgebung, die Hektik der Notaufnahme, den gedrängten Zeitplan und unangenehme Untersuchungen häufig mit Angst, Unruhe und Ärger. Hinzu kommt, dass ein im Umgang mit Demenzkranken unerfahrenes Personal auf derartiges Verhalten Demenzkranker eher unfreundlich reagiert, was diese zum Teil zusätzlich verwirrt. Damit könne der Kontext der Akutmedizin zu einem guten Teil als „Verursacher“ der genannten Phänomene angesehen werden (vgl. z. B. Kricheldorff und Hofmann 2013; Sampson u. a. 2014; Sampson u. a. 2015). Für die Versorgung demenzkranker Menschen im Akutkrankenhaus wurden verschiedene erfolgversprechende Ansätze vorgeschlagen. Neben demenzsensiblen Krankenhäusern, die u. a. über speziell geschultes Personal und Demenzbeauftragte verfügen, „Rooming-In“ und Angehörigenberatung anbieten (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2013), sind hier vor allem spezialisierte geriatrische Abteilungen im Krankenhaus zu nennen (Renteln-Kruse u. a. 2015).

In der Versorgungsforschung wird auf den besonderen Versorgungsaufwand hingewiesen, der mit Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten verbunden ist, bei denen zusätzlich zu körperlichen Erkrankungen eine Demenz besteht (Goldberg u. a. 2013). Die nationalen Alzheimergesellschaften mehrerer europäischer Länder heben hervor, wie wichtig die kontinuierliche Begleitung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen im klinisch-stationären Kontext ist – zum einen im Hinblick auf eine gesicherte Compliance als einer Voraussetzung des Therapieerfolgs, da infolge von Störungen des Antriebs und der Eigeninitiative sowie Defiziten im Bereich von Sprache, Gedächtnis und exekutiven Funktionen das Verständnis von Behandlungssituation und Therapiekonsequenzen häufig erheblich eingeschränkt ist (Dutzi u. a. 2013), und zum anderen mit Blick auf die Herstellung von Orientierung in einem an sich fremden räumlichen und institutionellen Kontext (Digby und Bloomer 2014). Nach Porock u. a. (2013) lassen sich sowohl Belastungen des Personals im Umgang mit Demenzkranken als auch herausforderndes Verhalten Demenzkranker als Folge einer aversiven Unterbrechung von Verhaltensroutinen interpretieren. Auf der Grundlage des Modells personenzentrierter Pflege nach Kitwood (1997) interpretieren die Autorin und die Autoren herausforderndes Verhalten Demenzkranker als Bewältigungsverhalten, das auf die Herstellung von Kontrolle in einer nicht vertrauten Umwelt zielt. Insbesondere in Krankenhäusern sind also Maßnahmen sowohl im Bereich der demenzfreundlichen Gestaltung wie der demenzspezifischen Qualifizierung notwendig. Dabei wird darauf hingewiesen, dass sich hier ein bedeutsames Handlungsfeld nicht nur für

[37] In dieser Studie verstarben 24 Prozent der Menschen mit einem MMSE (Mini-Mental-Status-Examination, ein Assessment-Instrument zur Feststellung kognitiver Defizite) unter 15 während des Aufenthaltes, was gegenüber nicht von Demenz Betroffenen einem fünffach erhöhten Mortalitätsrisiko entspricht.

spezifisch geschulte Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte und Assistenzkräfte ergebe, sondern dass zivilgesellschaftliche Initiativen für bürgerschaftliches Engagement verschiedenster Art essenziell für die Sicherung von Teilhabe und Begleitung der Demenzkranken sind. Das gilt auch für klinisch-stationäre Kontexte (Jürgens u. a. 2012). Damit verbunden ist die Notwendigkeit ausreichender Qualifizierung bürgerschaftlich engagierter Frauen und Männer auf dem Gebiet der Demenz und der Begleitung demenzkranker Menschen sowie ihrer Angehörigen. Elliot und Adams (2011) konnten zeigen, dass die Etablierung der Rolle einer „Dementia Nurse Specialist“, einer Krankenpflegekraft, die spezialisiert ist auf die Betreuung und Versorgung demenzkranker Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, in diesem Zusammenhang dazu beitragen kann, dass aversive Erfahrungen von Hospitalisierung von Demenzkranken wie auch von ihren Angehörigen deutlich reduziert werden. Bei einer demenzspezifischen Betreuung von Patientinnen und Patienten ist zu berücksichtigen, dass auch Menschen mit Demenz zunehmend diverse Hintergründe aufweisen, also beispielsweise spezifischen Bedarfen von Demenzerkrankten mit nicht-deutscher Muttersprache ebenfalls Rechnung getragen werden muss.

Der Bedarf an geriatrischer Versorgung wird nicht nur infolge des fortschreitenden demografischen Wandels weiter zunehmen. Gegenwärtig wird eine große Zahl älterer Patientinnen und Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf in anderen Fachabteilungen der Krankenhäuser „fehlgeleitet“ versorgt. Der Bundesverband Geriatrie weist etwa für das Jahr 2007 neben der Ist-Fallzahl von 211.000 einen zusätzlichen Versorgungsbedarf von 155.000 Fällen im akutstationären Bereich und von 18.000 Fällen im rehabilitativen Bereich aus (BVG 2010; Mundt 2014; Steinhagen-Thiessen 2011). Des Weiteren könnten – durch die seit 2012 mögliche Einrichtung geriatrischer Institutsambulanzen an geriatrischen Fachabteilungen – niedergelassene Ärzte in der ambulanten Versorgung geriatrischer Patienten durch eine zeitweise fachspezifische Unterstützung stärker entlastet werden (BVG 2010). Vor dem Hintergrund der im Juli 2015 getroffenen Entscheidung des erweiterten Bundesschiedsamtes, der zufolge Krankenhäuser ausschließlich Behandlungskonzepte für geriatrische Patienten erstellen dürfen, die Behandlung aber weiterhin in der Verantwortung der niedergelassenen Ärzten liegt, bleibt abzuwarten, inwieweit sich geriatrische Institutsambulanzen in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten etablieren werden.

Angesichts der aufgrund von demografischen Entwicklungen und zusätzlichen Kohorteneffekten (Larkin u. a. 2005) zu erwartenden Zunahme gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder ist hinsichtlich der gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen im ambulanten wie im stationären Bereich von einer beträchtlichen Unter- und Fehlversorgung auszugehen (Gutzmann 2014; Melchinger 2011). Eine vordringliche Aufgabe ist deshalb neben dem Ausbau vor allem auch die Vernetzung gerontopsychiatrisch-geriatrischer Angebote (Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz) mit Gesundheitsdiensten, Sozialämtern, ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege sowie mit niedergelassenen Ärzten (Gutzmann 2014). In der Fachöffentlichkeit besteht Einigkeit dahingehend, dass eine kompetente Gerontopsychiatrie und -psychotherapie für eine angemessene gesundheitliche Versorgung unverzichtbar ist und ihr Fehlen keinesfalls durch andere Fachgebiete (z. B. Geriatrie) oder allgemeinpsychiatrische Kompetenz zu kompensieren ist (WHO und WPA 1997). Der in vielen Regionen nach wie vor gültige Standard, lediglich altersübergreifende, allgemeinpsychiatrische Dienste vorzuhalten, wird vom Royal College of Psychiatrists (2009) als Altersdiskriminierung gewertet.

Die von alten Menschen an das gesundheitliche Versorgungssystem gerichteten Erwartungen beziehen sich nicht allein auf die Begleitung und Beratung im Falle akuter oder chronischer Erkrankungen, sondern auch im Falle einer zum Tode führenden Erkrankung. In den letzten Jahren hat das Thema der Lebensqualität im Prozess des Sterbens im öffentlichen Diskurs zunehmend an Bedeutung gewonnen; Behandlungsmethoden der Palliativmedizin und Palliativpflege sowie Konzepte der Hospizhilfe bestimmen in wachsendem Maße nicht nur die Identität der Medizin und Pflege, sondern finden auch wachsendes Interesse in der Bevölkerung. Vor allem die öffentlichen Diskurse über die Patientenverfügung, über die verschiedenen Formen der Sterbehilfe sowie über den (ärztlich) assistierten Suizid haben die Sensibilität auch und vor allem alter Menschen für die Gestaltung des individuellen Lebens im Sterben und für die persönlichen Erwartungen an die gesundheitliche Versorgung im Prozess des Sterbens – auch mit Blick auf den Sterbeort – noch einmal erhöht. In der vielfach geäußerten Erwartung, zu Hause sterben zu können, frei von Schmerzen und dabei nicht bewusstseinseingetrübt zu sein, kommt ein anspruchsvolles Anforderungsprofil der Palliativmedizin, der Palliativpflege und der ambulanten Hospizhilfe zum Ausdruck. Die Erwartung, inmitten eines Kreises von nahestehenden, eng vertrauten Menschen, eben „an der Hand eines anderen Menschen“ sterben zu können, spiegelt den Aspekt einer über die Medizin und Pflege im engeren Sinne hinausgehende Sorgekultur wider, der besondere Bedeutung für die Lebensqualität im Prozess des

Sterbens beigemessen wird (Klie und Student 2007; Kruse 2012). Wie in den anderen spezifischen Versorgungsbereichen sind auch bei der Weiterentwicklung der Palliativversorgung im Alter unterschiedliche soziokulturelle Hintergründe zu berücksichtigen.

Das Thema des Siebten Altenberichts „Sorge und Mitverantwortung, in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften" kann auch im Selbstverständnis alter Menschen nicht losgelöst von der gesundheitlichen Versorgung betrachtet werden. Die Sorge für andere Menschen, das mitverantwortliche Leben, Selbstbestimmung und Teilhabe erfordern eine räumliche und soziale Umwelt und eine Infrastruktur, die Mobilität, soziale Integration und Teilhabe fördern. Ein zentrales Element der Infrastruktur ist ein vernetztes, koordiniertes und integriertes gesundheitliches Versorgungssystem, das den Besonderheiten einer Kommune und eines Landkreises im Hinblick auf Altersstruktur, soziale und kulturelle Milieus sowie ökonomische und andere Ressourcen angepasst ist und differenziert auf diese Spezifika zu reagieren vermag.

Da die gesundheitliche Versorgung in dem hier beschriebenen, umfassenden Sinne auch für die Erhaltung bestehender und die Entwicklung neuer Sorgestrukturen in den Kommunen von großer Bedeutung ist, gewinnt deren Sicherstellung auch aus der Perspektive des Alters und der alten Menschen entscheidendes Gewicht. Hier nun sind Analysen wichtig, die auf die stark ausgeprägten Unterschiede zwischen Kommunen mit Blick auf Umfang und Qualität der gesundheitsbezogenen – vor allem der medizinischen – Versorgung deuten (vgl. Kapitel 5 in diesem Bericht). Zum einen wird für ländliche Regionen eine wachsende Tendenz zur Ausdünnung sowohl ambulanter als auch stationärer medizinischer Angebote konstatiert, zum anderen lassen sich auch in Ballungsgebieten vielerorts benachteiligte Quartiere finden, in denen die gesundheitliche Versorgung ebenfalls als unzureichend einzustufen ist. Hier muss im Hinblick auf haus- und fachärztliche Versorgung erreicht werden, dass die Vergütungsstrukturen den Rückzug der niedergelassenen Praxen aus benachteiligten Quartieren nicht weiterhin begünstigen. Auch mit Blick auf die hausärztliche Versorgung wird schon heute ein deutlicher Mangel beklagt, der sich in Zukunft fortsetzen wird, wenn keine Strategien entwickelt und umgesetzt werden, die auf eine höhere Attraktivität des hausärztlichen Berufes wie auch der Niederlassung von Hausärzten in benachteiligten ländlichen und städtischen Regionen zielen. Es wurden mittlerweile mehrere Vorschläge entwickelt, wie die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen gestärkt werden kann – in diesem Kontext wird auch dem Einwirken kommunaler Träger auf das Niederlassungsverhalten von Hausärzten und der Selbstverwaltung große Bedeutung beigemessen. Weiterhin steht der Abbau der regionalen Disparitäten mit Blick auf haus- und fachärztliche Praxen im Zentrum der Überlegungen. Der Abbau von Überversorgung in einzelnen Regionen und Quartieren wird dabei als eine Strategie zum Abbau von Unterversorgung in anderen (vor allem ländlichen) Regionen gewertet. Zudem wird auch die Weiterentwicklung, u. a. auch die Akademisierung von Gesundheitsberufen – einschließlich der Entwicklung neuer Gesundheitsberufe – zunehmend als Option für die Entlastung von Haus- und Fachärzten im Zusammenhang mit Delegations- und Substitutionsmodellen gesehen (Robert Bosch Stiftung 2013). Und schließlich werden vermehrte sektor- und berufsgruppenübergreifende Vernetzungs-, Koordinations- und Integrationsleistungen innerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems als eine Antwort auf die bestehenden Mängel in der gesundheitlichen Versorgung gewertet.

In den nachfolgenden Abschnitten werden Befunde zur Qualität der medizinischen Versorgung alter Menschen berichtet und Überlegungen angestellt, wie diese qualitativ hochstehend gestaltet werden kann. Dabei geht es neben dem Abbau von regionalen Disparitäten auch um die Frage, welche besonderen Versorgungsbedarfe mit Blick auf alte Menschen festzustellen sind. Deren Identifikation sowie differenzierte Antworten des gesundheitlichen Versorgungssystems bilden einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung bestehender und zur Entwicklung sowie Etablierung neuer Sorgestrukturen.

6.5 Die Notwendigkeit differenzierter Antworten des Versorgungssystems auf gesundheitliche Risiken und Ressourcen

Eine erste Voraussetzung für die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung alter Menschen bildet die differenzierte Erfassung individueller Unterschiede, sozialer Schichtunterschiede und regionaler Unterschiede mit Blick auf die gesundheitlichen Risiken sowie mit Blick auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Diese Unterschiede sind von großer Bedeutung, auch mit Blick auf Sorgestrukturen in einer Kommune, denn sie unterstreichen die Notwendigkeit, über die Sicherung einer zahlenmäßig ausreichenden, flächendeckenden Ausstattung mit ambulanten und stationären medizinischen Versorgungsangeboten hinaus die

Qualität und Funktionalität dieser Angebote für die Bedarfe alter Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen genauer zu betrachten.

Hier ist zunächst von Bedeutung, alte Menschen nicht nur aus einer Verletzlichkeits- oder Vulnerabilitätsperspektive zu betrachten, sondern auch aus einer Ressourcen- und Potenzialperspektive (Kruse 2013): Nicht allein die Linderung bestehender Erkrankungen sowie die Linderung und Kompensation bestehender Beeinträchtigungen, sondern auch der Erhalt und die Stärkung körperlicher, psychischer und sozialer Ressourcen sollten angestrebt werden. Damit rücken auch die gesundheitsfördernde, die präventive und die rehabilitative Dimension gesundheitlicher Versorgung ins Zentrum (BMAS 2013b). Gerade mit Blick auf die Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe im hohen Alter gewinnen diese drei Dimensionen – Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation – großes Gewicht. Allerdings sind sie im Versorgungsalltag bei Weitem nicht so stark etabliert, wie dies aus fachlicher Sicht geboten wäre; darauf wurde bereits in früheren Altenberichten ausdrücklich hingewiesen (Deutscher Bundestag 2001; BMFSFJ 2002). Dabei spielen sie auch und gerade für die Entfaltung der Potenziale alter Menschen in sozialen Netzwerken eine wichtige Rolle und damit für den Erhalt bestehender und den Aufbau neuer Sorgestrukturen (BMFSFJ 2006; Klie 2014b; Tesch-Römer 2012).

Doch genügt es nicht, bei der Betrachtung von Diversität im Alter und den daraus abzuleitenden Forderungen für die gesundheitliche Versorgung allein die individuelle Ebene zu berücksichtigen. Sozialstrukturelle Merkmale wie zum Beispiel Geschlechtsunterschiede, soziale Schicht und Migrationshintergrund haben ebenfalls einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit und das Nutzungsverhalten gegenüber Versorgungsangeboten im Alter (Kümpers und Rosenbrock 2010). Fachlich angemessene Versorgungskonzepte müssen deshalb auch soziale Ungleichheit berücksichtigen und darauf abzielen, diese mit Blick auf die gesundheitliche Versorgung abzubauen sowie geschlechtsspezifische Besonderheiten in den Krankheitsrisiken wie auch in Symptompräsentationen zu beachten. Sie müssen auf Besonderheiten in den verschiedenen soziokulturellen Milieus eingehen, deren Vielfalt durch Zuwanderung noch einmal gesteigert wird (vgl. Kapitel 4 in diesem Bericht). Nur wenn sozialstrukturelle Merkmale bei der Weiterentwicklung von Konzepten gesundheitlicher Versorgung berücksichtigt werden, kann ein höheres Maß an Gerechtigkeit im Hinblick auf die Teilhabe jener alten Menschen verwirklicht werden, die an den bestehenden Sorgestrukturen trotz Bedarf nur in geringem Maße partizipieren und sich bei der Entwicklung von neuen Sorgestrukturen nicht ausreichend angesprochen fühlen.

Nachfolgend sei auf diese Aspekte von Heterogenität und auf erste daraus folgende Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung eingegangen.

Die individuelle Perspektive: Verletzlichkeit und Potenziale des Alters integrieren

Gerade mit Blick auf das hohe Alter ist eine Perspektive, die sowohl die zunehmende Verletzlichkeit des Menschen als auch die erhaltenen und im Alternsprozess entwickelten Potenziale berücksichtigt und integriert, notwendig und für die medizinische Versorgung durchaus innovativ. Sowohl mit Blick auf die zunehmende Vulnerabilität als auch mit Blick auf die vorhandenen Potenziale ist dabei zwischen körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Veränderungen zu differenzieren (BMFSFJ 2006): Veränderungen im Alternsprozess verlaufen keinesfalls synchron, sondern sind vielmehr zu einem guten Teil voneinander unabhängig – eine stärker ausgeprägte Vulnerabilität ist ausdrücklich nicht gleichbedeutend mit einer geringeren Ausprägung von Potenzialen. Die körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Veränderungen sind das Ergebnis komplexer Wechselwirkungen zahlreicher personaler und umweltbezogener Einflussfaktoren. Aus einer solchen Perspektive werden Risiken und Ressourcen auch bei der Betrachtung des einzelnen Individuums systematisch zusammengeschaut (Kruse 2013): Inwieweit gelingt es, Risiken zu erkennen und zu verringern, beziehungsweise bestehende Ressourcen zu erkennen und zu stärken und mögliche Synergien besser zu nutzen? Die Integration von Risiken und Ressourcen ist auch für die Gestaltung sozialer Beziehungen wichtig: Neben der Konzentration auf noch erreichbare Ziele und emotional bedeutsame Kontakte (Carstensen und Lang 2007), der Ausbildung differenzierter Wissenssysteme, der Reflexion von Grenzen und Grundsituationen menschlichen Lebens, der Transzendenz von Körperlichkeit und Subjektivität, des Motivs, Erfahrungen weiterzugeben und sich für andere, vor allem auch jüngere Generationen zu engagieren (Kruse und Schmitt 2012), sind auch Einschränkungen in der Teilhabe und in der sozialen Integration zu beachten. Solche Einschränkungen werden insbesondere dort verstärkt, wo durch Bevölkerungsabnahme und -alterung bedingte Veränderungen in Nachfrage und Rentabilität von öffentlichen Transportsystemen mit einem reduzierten Angebot gesundheitlicher Versorgung einhergehen. Der gerade im hohen Alter infolge zunehmender Verletzlichkeit immer wichtiger werdende Zugang zu Dienstleistern als auch die Aufrechterhaltung von sozialer Teilhabe wird durch zunehmende Mobilitätseinschränkungen erschwert.

Vor dem Hintergrund der Gleichzeitigkeit von Risiken und Ressourcen stellt sich die Aufgabe, einerseits Autonomie zu stärken (Selbstgestaltungspotenziale zu erkennen, zu respektieren und zu fördern) und andererseits professionelle, semi-professionelle, bürgerschaftliche und private Sorgestrukturen zu entwickeln und zu unterstützen. Des Weiteren sind Angehörige des gesundheitlichen (nicht nur des medizinischen) Versorgungssystems dafür zu sensibilisieren, dass Altersbilder, das heißt auf Alter, Altern und ältere Menschen bezogene Meinungen und Überzeugungen, nachhaltigen Einfluss auf Selbst- und Fremdbilder haben (Levy 2003) und so den faktischen Verlauf von Alternsprozessen wie auch die Erlebens- und Verhaltensspielräume älterer Menschen nachhaltig beeinflussen können (Schmitt 2013). Im Sechsten Altenbericht der Bundesregierung wurde etwa am Beispiel der psychotherapeutischen Versorgung veranschaulicht, dass Altersbilder – sowohl im Sinne von Selbst- als auch im Sinne von Fremdbildern – dazu beitragen können, dass Menschen eine notwendige und sinnvolle Behandlung nicht erhalten oder nicht in Anspruch nehmen (Deutscher Bundestag 2010). Gerade mit Blick auf medizinische Innovationen (z. B. Telemedizin) können Altersbilder sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite für die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen nachteilige Konsequenzen haben. Die Ergebnisse der Generali-Hochaltrigkeitsstudie (Kruse u. a. 2014) verdeutlichen, dass selbst bei ausgeprägter Verletzlichkeit nicht nur Potenziale eines mitverantwortlichen Lebens deutlich erkennbar sind, sondern dass Menschen auch im sehr hohen Alter das Bedürfnis haben, diese Potenziale im Umgang mit anderen Menschen zu verwirklichen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Aufgabe, Sorgestrukturen zu entwickeln und zu fördern, in denen alte Menschen nicht lediglich Unterstützungs- und Leistungsempfänger, sondern sowohl Gebende als auch Nehmende sind.

Mit Blick auf die Bedeutung der gesundheitlichen Versorgung für die individuelle Gestaltung des Alterns wie auch für die Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe ergibt sich zunächst die Notwendigkeit einer möglichst differenzierten Einschätzung und Diagnostik gesundheitlicher Risiken wie auch körperlicher, seelisch-geistiger, sozialer und ökonomischer Ressourcen des Individuums; diese bilden die Grundlage differenzierter Interventionen. Sowohl in der Diagnostik als auch in der Intervention erweist sich die disziplin- und sektorenübergreifende Kooperation als methodisch und konzeptionell relevant. Eine bedeutende Funktion können dabei Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin) oder anderes akademisch qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal einnehmen, das über ausreichende Expertise auf dem Gebiet der Geriatrie verfügt (vgl. dazu Beiträge in Pantel u. a. 2014; Sachverständigenrat 2014).

Die sozialstrukturelle Perspektive: Für mögliche Benachteiligungen infolge sozialer und kultureller Unterschiede sensibilisieren

Derzeit lassen sich soziale Ungleichheiten in Bezug auf Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Status oder Migrationshintergrund sowohl in der Ansprache durch das Versorgungssystem (z. B. geringe Sensibilität für Risiko- und Problemlagen und Alters- und Krankheitsbilder von Menschen aus unteren sozialen Schichten) als auch in der Inanspruchnahme spezifischer medizinischer Leistungen beobachten (Kricheldorff und Tesch-Römer 2013; Kowalski u. a. 2014; Kümpers 2012b; Tesch-Römer u. a. 2013). Damit ist auch das Thema der Ungleichheit in den Teilhabechancen berührt (vgl. Kapitel 4 in diesem Bericht). Mit den genannten Formen sozialer Ungleichheit sind auch vergleichsweise höhere Belastungen der je individuellen Sorgenetzwerke verbunden: Unbehandelte Erkrankungen, nicht identifizierte und geminderte Risiken der krankheitsbedingten funktionalen Einbußen führen langfristig zu einem höheren Unterstützungs- und Hilfebedarf. Entsprechend stellt sich die Frage, inwieweit die privaten (familiären, nachbarschaftlichen, bürgerschaftlichen) Sorgestrukturen gegebenenfalls durch medizinische und andere Gesundheits-, pflegerische und soziale Professionen flankiert werden können, damit auch sozial unterprivilegierte Gruppen in ihrer Selbstsorge und in ihren Unterstützungsnetzwerken gefördert werden.

Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status haben nachgewiesenermaßen signifikant erhöhte Krankheitsrisiken: Im Hinblick auf kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen, neurodegenerative Erkrankungen, Stoffwechsel- und Tumorerkrankungen sowie entzündliche Erkrankungen der Gelenke haben Personen mit niedrigem sozialen Status ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko zu erkranken (Ulusoy und Gräßel 2010).

Bildung stellt dabei unter jenen Merkmalen, die den sozialen Status eines Individuums definieren, eine zentrale Einflussgröße von Gesundheit dar: Sowohl das Morbiditätsrisiko als auch das Mortalitätsrisiko im hohen Alter ist eng mit dem Bildungsstand assoziiert (Clark und Roayer 2013; Fletcher 2014; Meghir u. a. 2012). Auch unabhängig von anderen Merkmalen sozialer Schichtzugehörigkeit geht ein geringeres Bildungsniveau einher mit einem höheren Risiko chronischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen, mit damit verbundenen körperlichen und psychischen Belastungen sowie aus diesen Belastungen resultierenden Verringerungen der Teilhabechancen. Die für die sozialmedizinische Forschung bedeutsame Humankapitalhypothese (Mirowsky und Ross 1998) ist für das

Verständnis möglicher Zusammenhänge zwischen Bildungsstand und gesundheitlicher Entwicklung im Lebenslauf von Bedeutung und hilft, Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung und Prävention in den verschiedenen Lebensaltern besser zu verstehen. In Studien, die im thematischen Kontext der Humankapitalhypothese durchgeführt wurden (Currie 2008; Herd 2010), ließen sich enge Zusammenhänge der körperlichen und psychischen Gesundheit mit Bildungsstand, Lebensstil und gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen nachweisen, wobei dieser Zusammenhang wie folgt erklärt wird (Mirowsky und Ross 1998): Bildung trägt zur Ausbildung von Ressourcen und Handlungskompetenzen bei, die es ihrerseits den Individuen ermöglichen, sich persönlich bedeutsame Ziele zu setzen und effektive Handlungsstrategien zur Zielerreichung zu entwickeln. Darunter fallen auch Motive, in die eigene Gesundheit zu investieren – materiell wie auch immateriell. Durch Bildung werden so Ressourcen entwickelt, die sich zum einen positiv auf die Handlungs- und Durchsetzungsstrategien zur Zielerreichung auswirken, und die zum anderen positive Einflüsse auf die Ausbildung gesundheitsförderlicher Lebensstile haben. Gesundheit wird hier nicht nur als Folge höheren Wohlstands gedeutet, sondern auch als Ergebnis von Bildung, die das Individuum in den verschiedenen Phasen des Lebenslaufs erfährt und verwirklicht. Die engen Zusammenhänge zwischen Bildungsstand, materiellem Wohlstand und Gesundheit werden damit erklärt, dass sich einerseits Bildungsressourcen in höheren beruflichen Positionen und in einem höheren Einkommen niederschlagen und sich damit insgesamt auf die Lebensbedingungen auswirken, und dass andererseits mit höherer Bildung auch bessere Problemlösungskompetenzen und Ressourcen für Stressbewältigung verbunden sind (Leopold und Engelhardt 2011). Letztendlich lassen sich auch Bildungseffekte für das Gesundheitswissen und -handeln nachweisen, die mit Hilfe schulischer und beruflicher genauso wie allgemeiner (Erwachsenen-) Bildung zu stärken wären.

Soziale Ungleichheit bei der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen in Deutschland ist auch durch neuere Studien belegt (Knesebeck und Mielck 2008; Kümpers und Rosenbrock 2010). Es konnte gezeigt werden, dass Menschen aus unteren Einkommensschichten Krebsvorsorgeprogramme deutlich seltener in Anspruch nehmen als Menschen aus höheren Schichten (Lüngen u. a. 2009). Soziale Schichtunterschiede finden sich – wenn auch nicht im selben Ausmaß – zudem für andere Vorsorgemaßnahmen, so zum Beispiel für die Inanspruchnahme eines allgemeinen Check-ups (Bremer und Wübker 2012). Eine Übersichtsarbeit (Kowalski u. a. 2014) stützt sich auf 48 in der Datenbank PubMed für den Zeitraum 2002 bis 2012 dokumentierte empirische Untersuchungen zu sozialer Ungleichheit in der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten. In den meisten dieser Studien erwiesen sich ein höherer sozioökonomischer Status und weibliches Geschlecht als signifikante Prädiktoren der häufigeren Nutzung von Angeboten. Darüber hinaus verdeutlicht diese Recherche, dass insbesondere mit Blick auf die Nutzung von Angeboten der tertiären Prävention wie auch mit Blick auf die Effektivität von Interventionsstrategien substanzielle Wissensdefizite bestehen, die bisher beispielsweise auch durch die hausärztliche Betreuung nicht ausreichend beseitigt werden konnten.

Es wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, in Analysen möglicher Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zugleich schichtspezifische Unterschiede in den Bedarfen zu berücksichtigen (Bremer und Wübker 2012). So findet sich in Deutschland eine signifikante einkommensabhängige Ungleichheit zu Lasten von Gruppen mit geringem Einkommen in der Inanspruchnahme des Mammografie-Screenings. Demgegenüber lässt sich für die Koloskopie und für die Blutdruckkontrolle keine Ungleichverteilung ermitteln; die Inanspruchnahme von Grippeimpfungen ist sogar zugunsten von geringen Einkommensgruppen verteilt. Nach der Kontrolle von Bedarfsunterschieden ergibt sich allerdings eine signifikante Ungleichverteilung zu Lasten der unteren Einkommensgruppen bei der Inanspruchnahme der Koloskopie; die Inanspruchnahme von Grippeimpfungen ist dagegen nicht mehr signifikant zugunsten unterer Einkommensgruppen verteilt. Der Verzicht auf eine Kontrolle von Bedarfsunterschieden führt jeweils zu einer Unterschätzung der Ungleichheit, da der medizinische Bedarf sowohl für Koloskopien als auch für Grippeimpfungen in den unteren Einkommensgruppen höher ist. Weitere Ergebnisse zeigen, dass – nach Kontrolle für Bedarfsunterschiede – für die Häufigkeit von Hausarztbesuchen keine, für die Inanspruchnahme von Facharztleistungen dagegen sehr wohl eine Ungleichheit zu Lasten von Menschen mit geringerem Einkommen erkennbar ist. Während für Präventionsleistungen, die im Hausarztsetting erbracht werden (z. B. Blutdruckmessung und Grippeimpfung), keine einkommensbezogenen Ungleichheiten festzustellen sind, ergeben sich für Präventionsleistungen, die grundsätzlich von Fachärzten erbracht werden, erhebliche Ungleichheiten zu Lasten unterer Einkommensgruppen. Das Ausmaß der Ungleichheiten für die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen ist ähnlich hoch wie für die Inanspruchnahme von Facharztleistungen.

Um soziale Ungleichheiten in der Inanspruchnahme der durch Fachärzte erbrachten präventiven Leistungen zu reduzieren, bieten sich nach Bremer und Wübker (2012) sowohl nachfrage- als auch angebotsseitige Interventionen an. Angebotsseitig wären Kompetenzen für zielgruppenspezifische Beratungs- und Behandlungsansätze weiter zu entwickeln, nachfrageseitig wären zusätzliche Bemühungen, Personen aus unteren Einkommensschichten gezielt vom Nutzen von Krebsvorsorgearten zu überzeugen, sinnvoll.

Auch geschlechtsabhängig zeigen sich Ungleichheiten im Hinblick auf subjektive und objektive Gesundheit. Empirische Befunde deuten darauf hin, dass ältere Frauen im Vergleich zu älteren Männern ihre Gesundheit eher schlechter einschätzen, in stärkerem Maße von Funktionseinschränkungen und Hilfsbedürftigkeit betroffen sind und eher unter psychischen Erkrankungen (vor allem Depressionen, im achten Lebensjahrzehnt auch Demenzen) leiden. Nach Kümpers und Rosenbrock (2010) sind diese geschlechtsspezifischen Befunde zu Lasten der Frauen möglicherweise durch Unterschiede in den Lebensbedingungen erklärbar: Ältere Frauen sind gegenwärtig im Vergleich zu Männern häufiger verwitwet, sie leben häufiger alleine, sie waren in früheren Lebensabschnitten eher von schlechteren Bildungs- und Berufschancen betroffen als Männer, was sich im Alter in einer höheren Armutsquote und einer stärkeren Repräsentanz in unterprivilegierten Schichten widerspiegelt. Des Weiteren sind Frauen im Vergleich zu Männern stärker von unerwünschten Arzneimittelwirkungen betroffen (Kruse und Ding-Greiner 2008).

Eine weitere Einflussvariable stellt das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes dar. Eine in Hamburg durchgeführte Studie (Freie Hansestadt Hamburg – Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1998) weist für ältere Migranten im Vergleich zu älteren Deutschen eine jeweils höhere Prävalenz von häufigen chronischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes und Schlaganfall aus. Bilgin u. a. konnten schon 1988 zeigen, dass in Deutschland lebende türkischstämmige Männer deutlich früher – in dieser Studie durchschnittlich zehn Jahre früher – einen Herzinfarkt als der Durchschnitt der Bevölkerung erlitten (Bilgin u. a. 1988). Neuere Daten der Rentenversicherung zeigen, dass türkische Arbeitnehmer aufgrund schwerer chronischer Erkrankungen früher aus dem Berufsleben ausscheiden und häufiger früh verrentet werden (Razum u. a. 2008). Eine Re-Analyse von Daten des Bundesgesundheitssurveys (Bermejo u. a. 2010) ergab für Menschen mit Migrationshintergrund signifikant höhere Prävalenzraten psychischer Störungen. Nach Adjustierung für Alter, Geschlecht und soziale Schicht bestanden nach wie vor signifikante Unterschiede in den Prävalenzraten für affektive und psychosomatische Störungen zulasten von Menschen mit Migrationshintergrund. Dieses Ergebnis legt die Deutung nahe, dass der Unterschied in der psychischen Vulnerabilität vor allem auf die mit der Migration einhergehenden psychosozialen Belastungen zurückzuführen ist. Im Kontext dieser psychosozialen Belastungen sind berufliche Belastungen, eingeschränkte soziale Teilhabe sowie familiäre Konflikte besonders zu beachten.

In einer vom Deutschen Institut für Urbanistik im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006 durchgeführten repräsentativen Befragung der Kommunen und Landkreise erwiesen sich in allen Städten und Gemeinden ältere Migrantinnen und Migranten, in ihrer Mobilität stark eingeschränkte sowie bildungsferne ältere Menschen als jene Gruppen, die mit deutlichem Abstand am schlechtesten von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden (Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze 2007). Des Weiteren war erkennbar, dass der Anteil nicht erreichter älterer Männer im Vergleich zu dem der älteren Frauen sehr hoch ist. Männer waren allerdings über Sportangebote tendenziell besser zu erreichen als über spezifische Angebote von Gesundheitsförderung und Prävention.

Zudem sind zielgruppenspezifische Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt vergleichsweise selten: Derartige Angebote fanden sich nur in etwa einem Viertel der Städte und Gemeinden; am häufigsten wurden hier Angebote für nicht mobile ältere Menschen genannt. Angebote für sozial benachteiligte beziehungsweise bildungsferne Menschen fanden sich nur in einem knappen Zehntel der Kommunen (Hollbach-Grömig und Seidel-Schulze 2007). Dies steht in offenkundigem Widerspruch zu der Tatsache, dass diese Zielgruppen auch in Befragungen von Kommunen im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention immer wieder als wichtige Adressaten genannt werden.

Der Gesundheitsreport 2014 des Betriebskrankenkassen-Dachverbandes (Knieps und Pfaff 2014) weist aus, dass berufliche Fehlzeiten infolge von Krankheit je nach der betrachteten Region erheblich variieren. Während die BKK-Versicherten in Baden-Württemberg im Jahr 2013 durchschnittlich 15,4 Tage krankgeschrieben waren, lag der entsprechende Wert für die Versicherten in Brandenburg bei 21,9 Tagen (also 42 Prozent höher); der Bundesdurchschnitt für BKK-Versicherte lag bei 17,6 Tagen. Als häufigste Ursachen für Krankmeldungen nennt der BKK-Report Muskel-Skelett-Erkrankungen (mit einem Anteil von etwa 25 Prozent), Atemwegserkrankungen (mit 16,2 Prozent) und psychische Störungen (mit 14,7 Prozent). Regionale Unterschiede sind laut des Reports

nicht nur für krankheitsbedingte Fehlzeiten, sondern auch für die jeweils ursächlichen Erkrankungen festzustellen. So bilden etwa in Baden-Württemberg Rückenprobleme deutlich seltener den Grund für krankheitsbedingte Fehlzeiten als in Sachsen-Anhalt (dort sind diese 55 Prozent häufiger). Psychische Erkrankungen sind laut des Reports in Schleswig-Holstein für durchschnittlich drei Fehltage pro BKK-Mitglied verantwortlich; dieser Wert liegt um etwa zwei Drittel über jenem für Baden-Württemberg, wo im Durchschnitt 1,8 Ausfalltage pro BKK-Mitglied infolge psychischer Erkrankungen zu verzeichnen sind. Als Ursache für die regionalen Unterschiede im Krankenstand sind vor allem Unterschiede in der Altersstruktur und sozioökonomische Faktoren wie beispielsweise regionale Arbeitslosenquoten zu nennen. Des Weiteren spiegeln sich in den Werten möglicherweise auch Unterschiede in den Versorgungsstrukturen wider, insofern höhere Krankheitslasten mit geringerer Arztdichte korrelieren. Entsprechend stützt der BKK-Report die Forderung nach einem evidenzbasierten Versorgungs- und Schnittstellenmanagement sowie einer stärkeren Förderung der Prävention, wobei auch für letztere eine Evidenzbasierung unerlässlich ist.[38] Darüber hinaus sprechen die Ergebnisse des BKK-Reports dafür, dass sich im weiteren Verlauf des demografischen Wandels aus dem zunehmendem Anteil älterer Menschen je nach Region durchaus verschiedene Aufgaben und Herausforderungen für die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen ergeben, denn die ausgewiesenen Unterschiede in den Fehlzeiten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern und deren jeweiligen Ursachen werden sich aller Wahrscheinlichkeit nach in Unterschieden im Gesundheitszustand der Menschen in der Nacherwerbsphase fortsetzen.

Die ausgeprägten Unterschiede zwischen den verschiedenen Schichten und den Gruppen mit unterschiedlichen soziodemografischen Merkmalen bezüglich gesundheitlicher Risiken wie auch der realisierten Nutzung gesundheitlicher Versorgungsangebote sprechen u. a. für die Notwendigkeit einer gezielten Beratung und Begleitung dieser Personengruppen im Hinblick auf Patientenrechte und mögliche Effekte gesundheitsbezogener Interventionen. Infrage kommen hier zum Beispiel Sozialarbeiter und Pflegefachpersonen, die über ausreichende Expertise im Hinblick auf schicht- und kulturspezifische Verständnisformen von Altern, Gesundheit und Krankheit (Beauchamp u. a. 2014; Bouman u. a. 2008; Kono u. a. 2012) wie auch im Hinblick auf schicht- und kulturspezifische Krankheitsrisiken, Symptompräsentationen sowie alters- und gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen verfügen. Mit solcherart qualifiziertem Fachpersonal wäre die Etablierung und Implementierung entsprechender neuer Aufgaben oder Funktionen zu unterstützen, deren Kernelement die schicht-, milieu- und kultursensible Beratung und Begleitung von Patientinnen und Patienten bildet (Helman 2014; Lie u. a. 2011; Purnell 2012 und 2014). Dabei sei mit Blick auf kulturspezifische Deutungen und Handlungsmuster hervorgehoben, dass Migrationshintergründe mehr und mehr einem „kulturellen Fluss“ (cultural flow) gleichen, in dem sich Lebens-, Deutungs- und Handlungsformen aus unterschiedlichen Kulturen mehr und mehr mischen (Larchancé 2014; Prescott und Nichter 2014; Zuniga u. a. 2014; vgl. auch den von der Bundeskanzlerin initiierten Dialog über Deutschlands Zukunft in: Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 2012). Dies hat Einfluss auf gesundheitliche Potenziale und Risiken, aber auch auf das Gesundheitsverhalten und die Interaktion mit Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Gesundheitsberufe und zeigt, wie anspruchsvoll eine sozial und kulturell sensible Beratung und Begleitung alter Menschen ist.

Die Tatsache, dass Bildung eine zentrale Rolle bezüglich gesundheitlicher Ressourcen und Risikofaktoren sowie des Nutzungsverhaltens von Angeboten der gesundheitlichen Versorgung im Alter spielt, weist darauf hin, wie wichtig das Thema Gesundheit und Gesundheitsverhalten in allen Bildungsbereichen ist – von der schulischen Bildung bis hin zur beruflichen Bildung, der beruflichen Fort- und Weiterbildung und der allgemeinen Erwachsenenbildung (Kowalski u. a. 2014; Terraneo 2014). So spielen zum Beispiel die in der beruflichen Fort- und Weiterbildung gewonnenen Informationen zu salutogenetischen und pathogenetischen Einflüssen des eigenen Gesundheitsverhaltens wie auch die mit dem veränderten Gesundheitsverhalten einhergehenden Erfahrungen der Gestaltbarkeit von Gesundheit eine große Rolle bei der Ausbildung gesundheitsförderlichen Verhaltens und nicht zuletzt auch bei der Differenzierung von Altersbildern (Appanah und Biggs 2015; Kalokerinos u. a. 2014; Kessler u. a. 2010). Befunde bildungsbezogener Interventionen sprechen für eine deutlich stärkere Einbeziehung von Bildungsträgern und Bildungsinstitutionen, aber eben auch von Unternehmen in regionale Gesundheitsstrategien, die ihrerseits auf einer engen Kooperation zwischen den verschiedensten Akteuren auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung, der Prävention wie auch der verschiedenen medizinischen Sektoren und Disziplinen gründen. In Betrieben, in anderen lebensweltlichen Settings und von allen Bildungsträgern ist aber mit Blick auf eher bildungs-

[38] Allerdings ist darauf zu achten, dass die Forderung nach Evidenzbasierung nicht die Unterstützung für vielversprechende komplexe und lebensweltorientierte Interventionen schmälert, die ihrem Wesen nach nur schwierig zu evaluieren sind.

ferne Gruppen darauf zu achten, dass bildungsbezogene Interventionen vorhandene Bildungsunterschiede im Lebensverlauf nicht weiter verschärfen, sondern ihnen nach Möglichkeit entgegenwirken (Köster 2011). Sie sollten nach Konzepten „partizipativen Lernens“ (Holzkamp 1995) so gestaltet werden, dass sie die Selbstorganisation von älteren Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen und Milieus unterstützen und zu Teilhabe und Engagement befähigen. Mit Blick auf Sorgestrukturen sind derartige Strategien essenziell: Sie helfen, das Thema Gesundheit im Thema der Lebensgestaltung zu verankern, womit die Fähigkeit des Individuums zur Selbstsorge angesprochen ist. Damit tragen sie zur Erhaltung von Ressourcen bei, durch die das Individuum auch zu Teilhabe und Mitverantwortung befähigt wird.

Neben der Befähigung der älteren Patientinnen und Patienten ist auf die Verantwortung der Gesundheitspolitik beziehungsweise der Versorgungsorganisationen und Gesundheitsberufe für einen bedarfsgerechten Zugang für alle Patientengruppen zu verweisen: Dafür müssten beispielsweise Anreize zur bevorzugten Behandlung privat versicherter Patientinnen und Patienten abgebaut werden. Darüber hinaus sind auch innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung Anreize im Vergütungssystem (wie beispielsweise die DRGs[39] in der Krankenhausfinanzierung) so zu gestalten, dass Patientinnen und Patienten mit komplexeren Symptomatiken nicht zu unattraktiven Patienten werden: Dies betrifft vor allem Patientinnen und Patienten mit höherer Komorbidität, aber auch solche, die zum Beispiel infolge erhöhter Aggressivität und Verwirrtheit hinsichtlich Kommunikation und Adhärenz mehr Kompetenz und Einsatz auf Seiten des Personals erfordern. Darüber hinaus sind angesichts der zunehmenden soziokulturellen Diversität auch der älteren Patientinnen und Patienten die entsprechenden Kompetenzen für einen angemessenen Umgang mit soziokulturell unterschiedlichen Gruppen in den medizinischen und anderen Gesundheitsberufen zu stärken (Weber und Hörmann 2011). Letztendlich kann eine entsprechende Begleitung und Betreuung älterer Patientinnen und Patienten nicht realisiert werden, wenn die Personalausstattung zum Beispiel in Krankenhäusern dieses gar nicht zulässt.

Auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede in gesundheitlichen Ressourcen und Risiken wie auch im Hinblick auf Gesundheits- und Nutzungsverhalten sprechen noch einmal die besondere Verantwortung der medizinischen Professionen an: Es geht zunächst darum – und diese Forderung ist bis heute noch nicht ausreichend umgesetzt – geschlechtsspezifische Symptomverläufe in identischen Krankheitsgruppen zu erkennen und im diagnostischen wie auch im therapeutischen Handeln ausdrücklich zu berücksichtigen (Böhm u. a. 2009). Die vielfach geäußerte Annahme, dass in der Darstellung von Krankheiten, Krankheitsverläufen und Symptomverläufen noch immer ein männlicher Bias dominiere, ist unbedingt ernst zu nehmen und sollte bei der Entwicklung medizinischer Lehrbücher und Kompendien, aber auch medizinischer Curricula sehr viel stärker berücksichtigt werden als bisher. Denn das mangelnde Bewusstsein für diesen männlichen Bias bildet einen möglichen Grund für Fehldiagnostik und Fehlbehandlung (Kruse und Ding-Greiner 2008). Bei den geschlechtsspezifischen Unterschieden ist zudem zu berücksichtigen, dass Frauen – wie bereits dargelegt – im hohen Alter im Durchschnitt unter einer höheren Anzahl von körperlichen Erkrankungen leiden als Männer und dass bei ihnen psychische Störungen häufiger diagnostiziert werden als bei Männern. Diese Geschlechterunterschiede ergeben sich auch bei statistischer Kontrolle der Unterschiede in der Lebenserwartung. Die stärker ausgeprägten gesundheitlichen Risiken in der Gruppe der Frauen weisen noch einmal auf die Notwendigkeit von Präventions-, Therapie- und Rehabilitationskonzepten hin, die sich ausdrücklich auch auf mögliche Geschlechtsunterschiede in der Pathogenese wie auch im Krankheits- und Symptomverlauf konzentrieren und dabei berücksichtigen, dass Frauen im Durchschnitt ein deutlich höheres Maß an Hilfe und Pflege sowohl in der Familie auch als in außerfamiliären Netzwerken leisten (Deutscher Bundestag 2012; Wunderlich 2014). Da Hilfe, vor allem aber Pflege mit hohen körperlichen und psychischen Belastungen einhergehen kann, erweist sich ein derartiger geschlechtsspezifischer Ansatz in der Prävention, Therapie und Rehabilitation noch einmal als besonders wichtig. Dieser muss Besonderheiten in der Diagnose und Behandlung beider Geschlechter berücksichtigen: Etliche Befunde deuten beispielsweise darauf hin, dass ein Teil der höheren Zahlen von Depressionsdiagnosen bei Frauen mit systematischer Unterdiagnostizierung von Depression bei Männern zu erklären ist (Möller-Leimkühler 2012; Müters u. a. 2013). Auch die aus einer geringeren Inanspruchnahme und aus einer Tendenz zum „Under-Reporting“ relevanter Symptome resultierende Unterversorgung bei (älteren) Männern ist insbesondere in der Primärversorgung zu adressieren.

[39] Diagnosis Related Groups (deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnen ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren.

Die regionale Perspektive: Für regionale Differenzierung sensibilisieren

Der Prozess der Alterung der Bevölkerung betrifft die einzelnen Regionen in unterschiedlichem Umfang (vgl. Kapitel 5 in diesem Bericht): Während die Bevölkerung in Regionen mit positivem Wanderungssaldo langsamer oder gar nicht altert, ist in Regionen mit negativem Wanderungssaldo eine deutliche Alterung festzustellen. Der erstgenannte Fall findet sich derzeit häufiger in den alten, der letztgenannte häufiger in den neuen Bundesländern. Allerdings lassen sich auch in den alten Bundesländern – vorwiegend im ländlichen Raum – Regionen identifizieren, die von einer vergleichsweise starken Alterung betroffen sind, während für einige städtische Regionen in den neuen Bundesländern derzeit keine nennenswerte Alterung festzustellen ist. Die Versorgung in dünn besiedelten Regionen ist nicht nur durch einen höheren durchschnittlichen Versorgungsbedarf pro Beitragszahler gekennzeichnet, sondern dort ist das Versorgungsangebot vom Umfang her geringer und zudem schwerer erreichbar (AOK-Bundesverband 2011). Die Verpflichtung, einen gleichwertigen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen, muss regionalen Unterschieden in der Ausstattung mit oder in der Gestaltung von Versorgungsangeboten nicht widersprechen. Diese Verpflichtung kann unabhängig davon erfüllt sein, wer im Einzelnen die Leistungen erbringt – solange es sich um gleichwertige Leistungen handelt. Wenn also in dünn besiedelten Regionen (1) einzelne Leistungen, die ansonsten durch Ärzte erbracht werden, durch andere Berufsgruppen (z. B. Pflegefachpersonen) bereitgestellt werden, (2) die Leistungserbringer vornehmlich zum beziehungsweise in die Nähe des Patienten kommen oder schließlich (3) Leistungen in größerem Umfang via Telemedizin erbracht werden, resultiert daraus noch keine Verletzung des Gebots eines gleichwertigen Zugangs (AOK-Bundesverband 2011).

Der demografisch bedingte Rückgang der Bevölkerung wird derzeit in städtischen Ballungsräumen und wirtschaftlich prosperierenden Regionen durch Zuwanderung (Binnenwanderung oder Migration aus EU-Staaten) mehr als kompensiert, während andere Regionen – wie zum Beispiel Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt oder südliche Regionen Sachsens – zusätzlich von einer erheblichen Abwanderung jüngerer Menschen betroffen sind (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung und Körber Stiftung 2014). Die Nachfrage nach medizinisch-pflegerischen Leistungen steigt gegenwärtig in suburbanen Räumen der alten Länder sowie im Umland von Berlin am stärksten. Dies ist vor allem umfangreichen Wanderungsgewinnen dieser Gebiete durch Zuzug von Familien geschuldet. Die Elterngenerationen dieser Abwanderer bleiben oft in den benachteiligten Regionen zurück. Sie erreichen in den nächsten 20 Jahren ein Alter, in dem ihre Angewiesenheit auf medizinische und pflegerische Leistungen kontinuierlich zunehmen wird (BBSR 2011b). In diesen Regionen müssen Sorgestrukturen entwickelt werden, um diesen Bedarfen zu begegnen.

Auch bezüglich der Inanspruchnahme von Angeboten gesundheitlicher Versorgung zeigen sich Unterschiede nach Regionstypen und nach Einkommen. Regionale Disparitäten in der fachärztlichen Versorgungssituation spiegeln sich zum Teil in der Facharztinanspruchnahme wider. Die Analyse der Abrechnungsdaten der Barmer GEK (Bock u. a. 2013) zeigen, dass von den unter Multipler Sklerose leidenden Barmer-GEK-Versicherten, die in Kernstädten leben, 74 Prozent mindestens einmal jährlich einen Neurologen aufsuchen, während dies im ländlichen Umland lediglich bei 66 Prozent der Fall ist. Dagegen zeigt sich für die von Lungenerkrankungen betroffenen Versicherten kein signifikanter Unterschied in der Inanspruchnahme von Pneumologen; diese lag für Kernstädte bei 29,8 und für den ländlichen Raum bei 27,9 Prozent. Erwartungsgemäß sind Patientinnen und Patienten in Kernstädten mit hoher Facharztdichte mit der Verfügbarkeit medizinischer Versorgung und der Fachkompetenz der Leistungserbringer zufriedener als Menschen, die in anderen Regionen leben. Zwischen verdichtetem Umland, ländlichem Umland und ländlichem Raum findet sich nach Bock u. a. (2013) kein Unterschied in der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten. Hinsichtlich der Frage, ob die Betroffenen schon einmal Schwierigkeiten hatten, einen Facharzttermin zu bekommen, fanden sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Regionen: 60 Prozent der Befragten in den Kernstädten und 61 Prozent der Befragten in ländlichen Regionen gaben an, mit Blick auf einen Facharzttermin noch nie ein Problem gehabt zu haben. Auch im Hinblick auf weitere Aspekte einer empfundenen Mangelsituation – zu nennen ist hier vor allem der Verzicht auf einen Facharztbesuch, weil es schwierig war, einen Termin zu bekommen, oder weil es keine Möglichkeit gab, die Praxis zu erreichen – war kein systematischer Unterschied zwischen Stadt- und Landregionen nachweisbar: „Obwohl die Zufriedenheit mit der Versorgungssituation zwischen den Bewohnern der Kernstädte und denen der anderen Regionstypen deutliche Unterschiede aufweist, wirkt sich die jeweilige Struktur der Region offensichtlich nicht auf die tatsächliche individuelle Versorgung aus. Die berichtete Inanspruchnahme bleibt davon unbeeinflusst“ (Bock u. a. 2013: 173f.). In einer Analyse zur Vorhersage ausgefallener Facharztbesuche erwiesen sich das subjektive Empfinden der Fahrzeit, das Angewiesensein auf Hilfe für den Weg zum Arzt sowie das Alter (jüngere Menschen verzichten eher auf einen zuvor als notwendig erachteten Arztbesuch) als bedeutsam. Die objektive Entfernung zur Praxis wie auch die real angegebene Fahrzeit hat dagegen keinen Vorhersagewert.

Nach Bremer und Wübker (2012) sind einkommensbezogene Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten nicht ohne Weiteres durch die Kosten zu erklären, die mit den Angeboten verbunden sind. Zwar könnten finanzielle Faktoren (z. B. Unterschiede bei den Zuzahlungen) prinzipiell die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einschränken, doch müsse berücksichtigt werden, dass der Umfang an Zuzahlungen in Deutschland begrenzt sei und zudem nicht zwischen Haus- und Facharztleistungen differenziere. Einkommensschwache Menschen zeigen relativ unabhängig von ihrem tatsächlich gegebenen Bedarf und den faktisch bestehenden Zugangsmöglichkeiten eine geringer ausgeprägte Tendenz, Fachärzte aufzusuchen, als Personen mit höherem Einkommen. Da Leistungen im Facharztsetting im Durchschnitt eine höhere Komplexität aufweisen als Leistungen, die vom Hausarzt erbracht werden, und dabei auch weniger gut verstanden werden, könnten unterschiedliche „Informationskosten" für die unterschiedliche Inanspruchnahme der beiden Versorgungsbereiche verantwortlich sein. Auch ist möglich, dass mit Patienten mit geringeren Vorkenntnissen nicht angemessen kommuniziert wird, sodass diese in der Konsequenz ihre Facharztbesuche eher reduzieren. Zudem kann die Inanspruchnahme von Facharztleistungen mit höheren „Suchkosten" (infolge geringerer Vertrautheit mit Anbietern und Zuständigkeiten) einhergehen, die insbesondere geringere Einkommensgruppen stärker betreffen. Darüber hinaus ist zu fragen, inwieweit auch beispielsweise informelle Überweisungsroutinen (von Hausärzten zu Fachärzten beziehungsweise zwischen Fachärzten) zur Ungleichheit in der ärztlichen Versorgung beitragen. Versorgungsungleichheiten zwischen gesetzlich und privat Versicherten (u. a. Wartezeiten als Zugangsbarriere) sind nicht zuletzt eindeutig auch auf Anreize durch die unterschiedlichen Vergütungssysteme zurückzuführen. Eine Herausforderung für das gesundheitliche Versorgungssystem besteht insofern darin, soziale Ungleichheit in der Nutzung von medizinischen Leistungen zu vermeiden, indem Informationsdefizite und etwaige Sprach- und Zugangsbarrieren, die mit dem sozioökonomischen Status zusammenhängen, behoben werden. Gegenwärtig ist nach wie vor auch ein Mangel an präventiver und integrierender Sozial- und Bildungsarbeit zu konstatieren, welche Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung auf der Nachfrageseite vermeiden helfen könnten.

Zudem ist es notwendig, die in entlegenen Regionen zum Teil nicht zu vermeidenden längeren Versorgungswege durch neue Kommunikations-, Versorgungs- und Unterstützungsformen wie auch durch eine effiziente und patientenfreundliche Nutzung von Technik und Telekommunikation zu kompensieren (Fritzsche 2014; Giesel u. a. 2013). Dies ist auch deshalb erforderlich, weil sich längere Versorgungswege vor allem auf die Versorgungssituation jener (älteren) Menschen negativ auswirken, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass gerade in der älteren Generation prinzipiell verfügbare innovative technische Angebote vielfach infolge von Informationsdefiziten oder Berührungsängsten nicht nachgefragt werden, sodass für sinnvolle Innovationen offensiv geworben und die Vorteile ihrer Nutzung vermittelt werden müssen (Fendrich u. a. 2010).

Sicherstellung effizienter Beratungs-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktionen in der Primärversorgung

Die Frage, wie die Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen insbesondere im ländlichen Bereich zur Verbesserung der Versorgung und zur Verwirklichung einer stärkeren Patientenorientierung weiterentwickelt werden kann, wurde bereits in verschiedenen Zusammenhängen diskutiert und besitzt weiterhin hohe Dringlichkeit. Auf der einen Seite wird eine stärkere Beteiligung von Pflegefachkräften an der Gesundheitsversorgung propagiert und erprobt (Gemeindeschwester, präventiver Hausbesuch, Erweiterung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege), auf der anderen Seite werden Konzepte erweiterter Aufgaben medizinischer Fachangestellter in Arztpraxen implementiert.

Zur Identität der hausärztlichen Medizin gehört traditionell die in hohem Maße individualisierende, biografisch orientierte, das soziale Nahumfeld des Individuums ausdrücklich einbeziehende Diagnostik, Therapie, Beratung und Begleitung. Das Selbstverständnis der hausärztlichen Medizin auch als Familienmedizin akzentuiert die Einbeziehung des Nahumfeldes (so z. B. auch der unterstützenden oder pflegenden Angehörigen) sowie dessen Stützung im Falle chronischer Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit oder einer terminalen Erkrankung des Individuums (Kruse 2007 und 2010). Für eine verbesserte Wahrnehmung der Koordinations- und Lotsenfunktion sollte die hausärztliche Medizin durch Fachkräfte aus anderen Gesundheitsberufen unterstützt werden. Zu verbessern wäre die Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachärzten (im Sinne eines koordinierten Diagnostik- und Therapiekonzepts), mit ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, mit ambulanten, mobilen und stationären Rehabilitationseinrichtungen und schließlich mit ambulanten und stationären Hospizen (Mierlo u. a. 2014; Weichselberger 2014). Angesichts dieser großen Bedeutung der hausärztlichen Versorgung, auch im Sinne der (in Deutschland eher informellen) Gatekeeper-Funktion bei der Überweisung zu Fachärzten, ist deren Sicherstellung von großer Bedeutung (Sundmacher und Busse 2012). Bei einer wachsenden Ausdünnung der hausärztlichen

Versorgung geht ein zentrales Versorgungssegment verloren, das für eine individuumsbezogene, biografisch orientierte und ganzheitliche Diagnostik und Therapie unerlässlich ist. Dabei ist zu bedenken, dass Hausärzte wie auch andere ins Case Management einbezogene Gesundheitsberufe gerade dann, wenn sie über Expertise auf dem Gebiet der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie verfügen, sowohl dem Patienten selbst als auch seinen Angehörigen wichtige Hilfen und Anregungen im Prozess der Begleitung und Beratung geben können, die nicht allein auf den Umgang mit Verletzlichkeit zielen, sondern ausdrücklich auch die Erhaltung und Umsetzung von seelisch-geistigen und sozialkommunikativen Potenzialen betreffen (Gühne u. a. 2014). Zudem ist zu bedenken, dass gerade dem Hausarzt in seiner Identität als Familienarzt – man könnte hier auch sagen: in seiner besonderen Sensibilität für das Nahumfeld des Patienten – große Bedeutung im Hinblick auf die Erhaltung und Stärkung bestehender wie auch auf die Etablierung neuer Sorgestrukturen zukommt. Vor dem Hintergrund eines gewandelten Selbstverständnisses von Ärztinnen und Ärzten – Arztpraxen werden heute stärker unter ökono-mischen Gesichtspunkten geführt, gesundheitliche Versorgung wird stärker als Dienstleistung betrachtet, die innerhalb festgelegter Dienstzeiten nachgefragt und erbracht wird, unter den Ärztinnen hat der Anteil der Teilzeitbeschäftigten deutlich zugenommen – wie vor dem Hintergrund zunehmender Schwierigkeiten, Nachfolger für frei werdende Arztpraxen auf dem Land zu finden, ergibt sich die Notwendigkeit, über neue Organisationsformen gesundheitlicher Versorgung nachzudenken, in denen die hier angesprochenen Leistungen durch andere Gesundheitsberufe unterstützt, zum Teil auch übernommen werden können.

Im Kontext der Weiterentwicklung der Kooperation der Hausärzte mit anderen Gesundheitsberufen spielen Primary-Nursing-Ansätze ebenso eine Rolle wie die Übertragung eigenständiger Aufgaben und Verantwortlichkeiten der gesundheitlichen Versorgung auf Pflegefachkräfte. Die Steuerung der ärztlichen Diagnostik und Therapie und die Steuerung des Pflegeprozesses gilt es eng miteinander zu verzahnen und auch leistungsrechtlich miteinander zu verbinden. Der häuslichen Krankenpflege kommt für die außerklinische gesundheitliche Versorgung eine Schlüsselstellung zu. Sie sollte aus der alleinigen Ergänzungs- und Assistenzfunktion für die ärztliche Behandlung herausgeführt und um edukative Aufgaben sowie Aufgaben der Steuerung des Pflegeprozesses erweitert werden (Hoberg u. a. 2013). So können die Schnittstellen zwischen SGB V und XI adäquat gestaltet, den Fachpflegekräften ein klares Kompetenzprofil zugeordnet und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege befördert werden. Sowohl im Bereich der häuslichen Versorgung als auch in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, auf die sich die kassenfinanzierten Fachpflegeleistungen (bisher: Behandlungspflege) zu erstrecken haben (Aufhebung der Ruhensregelung für Behandlungspflege in Heimen), wäre auf diese Weise eine die hausärztliche Versorgung flankierende, eigenständige, präventiv ausgerichtete fachpflegerische Versorgung zu gewährleisten. Diese würde sowohl in der Prävention als auch und gerade in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) und der medizinisch-fachpflegerischen Versorgung von stationären Einrichtungen und Wohngruppen zur substanziellen Verbesserung einer patientenorientierten Versorgung beitragen.

6.6 Aktuelle und künftige medizinische Versorgungssituation

Das Niveau der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung in Deutschland ist im internationalen Vergleich hoch. Eine medizinische Grundversorgung ist prinzipiell für alle verfügbar und in der Regel in nichtstaatlicher Trägerschaft im gesamten Bundesgebiet wohnortnah gesichert (Giesel u. a. 2013; Sturm und Walther 2011; Thelen u. a. 2012). Diese gute Versorgungslage ist allerdings in einigen Regionen schon zunehmend gefährdet und in Zukunft nicht mehr aufrechtzuerhalten, wenn spezifische Strukturreformen nicht verwirklicht werden. Einerseits wächst in unserer älter werdenden Gesellschaft der Anteil chronisch beziehungsweise mehrfach erkrankter Patienten. Infolgedessen nimmt der medizinische und pflegerische Versorgungsbedarf beständig zu. Andererseits besteht die Notwendigkeit, das Gesundheitssystem nachhaltig zu finanzieren. Verschärfend wirkt dabei der in einigen Gesundheitsberufen schon heute deutlich spürbare Fachkräftemangel. Vor diesem Hintergrund ist eine gleichmäßige Versorgungsqualität und -dichte anzustreben; dies ist auch mit Blick auf die gesundheitliche Versorgung alter Menschen eine bedeutsame Zielsetzung. Die Umsetzung dieses Ziels ist dabei für die Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe im hohen Alter essenziell. Aufgrund der wachsenden Anzahl von Menschen, die im neunten oder zehnten Lebensjahrzehnt stehen, ist die gleichmäßige Versorgungsqualität und -dichte besonders wichtig, da das Individuum gerade in diesem Lebensalter auf eine kontinuierliche und umfassende gesundheitliche Versorgung angewiesen ist, deren einzelne Komponenten aufeinander abgestimmt sein müssen. Damit ist auch die Aufgabe der Koordination der verschiedenen Versorgungsleistungen angesprochen, die vielfach dem Hausarzt zukommt.

In den nächsten Jahren ist in der Gruppe der Allgemeinmediziner mit deutlichen und im Fachgruppenvergleich überproportionalen altersbedingten Beendigungen der vertragsärztlichen Tätigkeit zu rechnen. Nach Daten der Ärztestatistik 2014 (Bundesärztekammer 2015) waren Ende 2013 12.860 berufstätige Allgemeinmediziner 60 Jahre alt und älter (29,7 Prozent aller berufstätigen Allgemeinmediziner), 16.032 waren 50 bis 59 Jahre alt (37 Prozent). Eine Prognoserechnung auf der Basis von Daten des Bundesarztregisters der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Stand: 31. Dezember 2011) für die Jahre 2013 bis 2021 zeigt, dass jährlich rund 2.200 Hausärzte ihre Praxistätigkeit beenden – darunter ca. 80 Prozent Fachärzte für Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte sowie 20 Prozent hausärztlich tätige Internisten. Stellt man die jährlichen Gebietsanerkennungen im Fachgebiet der Allgemeinmedizin (Angebot = 1.200) den jährlichen Praxisaufgaben (Ersatzbedarf = 2.200) gegenüber, so ergibt sich schon daraus ein rechnerisches Defizit von jährlich circa 1.000 qualifizierten Hausärzten. Dieses Defizit wird überdies dadurch verschärft, dass auch bei (jungen) Ärzten, insbesondere bei den diesen Beruf künftig zahlenmäßig dominierenden Frauen, ein Trend zur Arbeitszeitverkürzung deutlich erkennbar ist.

Bereits heute haben medizinische Versorgungszentren Probleme, Ärzte zu finden: Derzeit berichten insgesamt 44 Prozent dieser Zentren, in ländlichen Räumen sogar 57 Prozent, von derartigen Problemen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2012). Gleichzeitig sinkt infolge von Studienabbrüchen und -wechseln die Gesamtzahl an Medizinstudenten kontinuierlich, und es entscheiden sich zudem immer weniger Studentinnen und Studenten für die Fortbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und für die hausärztliche Tätigkeit – dies vor allem wegen zu geringer Verdienstmöglichkeiten, umfangreicher Arbeitszeiten und weiter Entfernung zu städtischen Regionen und dadurch unattraktiven Standorten. Nach den Ergebnissen des Krankenhaus-Barometers 2013 des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) war die Mehrzahl der Krankenhäuser (58 Prozent) von Besetzungsproblemen im ärztlichen Dienst betroffen; durchschnittlich konnten 2,5 Vollzeitäquivalente beziehungsweise 3 Prozent der ausgeschriebenen Stellen nicht zum vorgesehenen Zeitpunkt besetzt werden (Blum u. a. 2013).

Gerade bei alten Menschen, die häufig verschiedene Komponenten gesundheitlicher Versorgung – verschiedene Therapien, gegebenenfalls rehabilitative Elemente und pflegerische Elemente –gleichzeitig benötigen und in Anspruch nehmen, kommt der Primärversorgung große Bedeutung für die Koordination und Steuerung der Leistungserbringung zu: Sie kann sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten notwendige und sinnvolle Diagnostik und Behandlung tatsächlich nachfragen und erhalten; und sie kann vermeiden, dass sowohl unnötige Kosten (z. B. durch Wiederholung bereits durchgeführter diagnostischer Maßnahmen) als auch iatrogene Schädigungen (infolge von fehlenden Kenntnissen über Komorbidität und Medikation) entstehen. Hier ist noch einmal auf die sinnvolle Erweiterung der Primärversorgung durch Sozial- und Gesundheitsberufe zu verweisen, ohne die vermutlich eine nachhaltige und flächendeckende Verbesserung der Koordination nicht erreichbar ist. Das gilt auch und insbesondere für die Palliativversorgung. Entsprechend ist der anhaltend starke Trend zur Subspezialisierung als problematisch zu werten (bezogen auf das Ausgangsjahr 1993 hat die Zahl der vertragsärztlich tätigen Fachärzte bis 2012 um 56,6 Prozent zugenommen, wohingegen die Zahl der Hausärzte um 10 Prozent zurückgegangen ist); es ist hier auf die Notwendigkeit einer gezielten Unterstützung der Koordinations- und Steuerungsfunktion der primärversorgenden Hausärzte zu verweisen (Sachverständigenrat 2014).

Der 2012 vom Deutschen Bundestag einstimmig beschlossene ersatzlose Wegfall der sogenannten Praxisgebühr ist gleichbedeutend mit einem nahezu vollständigen Verzicht auf jeglichen Versuch einer Steuerung der Inanspruchnahme niedergelassener Vertragsärzte. Angesichts der im internationalen Vergleich hochfrequenten Inanspruchnahme insbesondere von niedergelassenen Fachärzten und einer vergleichsweise sehr gering ausgeprägten Selbstbeteiligung deutscher Patienten regt der Sachverständigenrat an zu prüfen, inwieweit auch in Deutschland eine Steuerung der Inanspruchnahme durch Selbstbeteiligungsmodelle sinnvoll und machbar ist (Sachverständigenrat 2014). Denkbar wäre hier zum Beispiel eine nach skandinavischem Muster gestaffelte Selbstbeteiligung von Patienten in Höhe der durchschnittlichen Mehrkosten bei einer Direktinanspruchnahme der jeweils nächsten Versorgungsebene, konkret von Fachärzten oder Klinikambulanzen, ohne Überweisung. Eine entsprechende Regelung könnte im Rahmen der konkreten Ausgestaltung den freien Zugang (ohne Zuzahlung) zu Hausärzten, zu ausgewählten fachärztlichen Disziplinen (z. B. Augenärzten) sowie in Notfällen beinhalten. Statt einer aufwändigen und von allen Beteiligten vielfach kritisierten Barzahlung in Praxen (wie bei der Praxisgebühr) könnte ein bargeldloser Direkteinzug über die jeweiligen Krankenkassen erfolgen. Alternativ wäre zum Beispiel auch eine gestaffelte Zuzahlung bei Arzneimitteln denkbar, die bei Aufhebung aller (derzeit sehr häufigen) Befreiungen nur dann fällig wird, wenn keine Überweisung durch einen koordinierenden Hausarzt vorliegt. Das Beispiel verdeutlicht den Grad der Konkretheit, den die bereits vorgelegten Vorschläge aufweisen.

Aus den genannten Daten zur Versorgungsstruktur geht hervor, dass gerade mit Blick auf die hausärztliche Versorgung künftig Probleme zu erwarten sind und bereits heute Handlungsbedarf besteht (Kopetsch 2010). Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind gegenwärtig etwa 2.600 Hausarztsitze unbesetzt. Nach Lesart der Krankenkassen fehlen für einen Versorgungsgrad von 100 Prozent 974 Hausärzte, wobei dieser Fehlbestand nicht darauf zurückzuführen ist, dass es in Deutschland zu wenig Ärzte gibt, sondern darauf, dass diese falsch verteilt sind – vor allem in Städten und wohlhabenden Gemeinden gibt es nach einzelnen Berechnungen 2.160 Ärzte zu viel (Stackelberg 2010). Einer aktuellen Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) zufolge haben bundesweit 83 Planungsbereiche einen Versorgungsgrad mit Hausärzten von 100 Prozent oder weniger, aber 182 einen Versorgungsgrad zwischen 110 und 150 Prozent. In den übrigen 130 Bezirken liegt der Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent. Bei den Fachärzten ist die Anzahl der Planungsbereiche mit Überversorgung deutlich höher und die Ungleichverteilung deutlich stärker. Ein Beispiel: Während im ländlichen Umland 3,3 Neurologen und 0,8 Pneumologen die Versorgung von 100.000 Einwohnern sicherstellen, versorgen in den Kernstädten 9,4 Neurologen und 1,9 Pneumologen jeweils 100.000 Einwohner (Daten der Barmer GEK) (Bock u. a. 2013). Diese Diskrepanz entspricht keinesfalls der regionalen Verteilungsdichte relevanter Krankheitsbilder wie Multiple Sklerose und Lungenerkrankungen.

Eine flächendeckende Bereitstellung jeder Facharztrichtung an jedem Ort wird auch in Zukunft nicht zu erreichen sein. Die empirischen Befunde belegen allerdings auch keinen Mangel in der regionalen fachärztlichen Versorgung (Bock u. a. 2013). Höhere Ausgaben für eine intensivere Facharztversorgung im ländlichen Raum ließen sich nur rechtfertigen, wenn auch eine bessere Gesundheitsversorgung resultieren würde – was aber nicht der Fall ist. Wichtig erscheint vor allem, dass Betroffene bei Bedarf praktische Unterstützung bei der Wahrnehmung von Facharztbesuchen erhalten.

Lokale Gesundheitszentren

Der Sachverständigenrat (2014) fordert, dass die Kapazitäten der hausärztlichen Primärversorgung und der Notfallversorgung auch in Zukunft möglichst wohnortnah vorgehalten werden müssten, während die ambulante oder stationäre fachärztliche Versorgung stärker zentralisiert werden könne. Dies bringe für die Patientinnen und Patienten zwar weitere Wege mit sich, biete ihnen aber gleichzeitig die Chance, in regionalen Zentren eine qualitativ höherwertige und besser koordinierte Versorgung vorzufinden, als dies in quantitativ normal- oder gar überversorgten Regionen unter sektoral getrennten Versorgungsregimen möglich wäre. Die Krankenhäuser hätten das Potenzial, in einigen Regionen zukünftig als Knotenpunkte regionaler Versorgungsstrukturen zu agieren. Dabei könne das Krankenhaus gemeinsam mit weiteren Versorgern der Region zu einem Lokalen Gesundheitszentrum weiterentwickelt werden.

Wenn man sich an der im Gutachten 2014 des Sachverständigenrats entwickelten prototypischen Aufgabenbeschreibung lokaler Gesundheitszentren orientiert, dann wäre die ambulante ärztliche Versorgung vor allem durch niedergelassene Haus- und Fachärzte beziehungsweise Medizinische Versorgungszentren, die sich unmittelbar in oder am Krankenhaus ansiedeln, sicherzustellen. Dies ist nur dann zu gewährleisten, wenn die Verkehrsinfrastruktur auf das Gesundheitswesen abgestimmt und insbesondere die Erreichbarkeit des lokalen Gesundheitszentrums für die Patientinnen und Patienten unabhängig von der Verfügbarkeit eines privaten Transportmittels sichergestellt ist. Wenn beispielsweise eine angemessene Diagnostik unterbleibt, dann hat dies eine Unterversorgung in der Form zur Folge, dass notwendige und aussichtsreiche Interventionen nicht eingeleitet werden, Symptome und Beschwerden chronifizieren und zusätzliche stationäre Versorgungsleistungen, bis hin zur Heimunterbringung, benötigt werden. Der geschilderte Prozess hat zum einen den Rückgang an Lebensqualität auf Seiten der Patientinnen und Patienten zur Folge, zum anderen bedingt er eine Verlagerung von Folgekosten auf die Gesellschaft beziehungsweise auf die Kommune. Sundmacher und Busse (2012) konnten zeigen, dass die Anzahl vermeidbarer Krankenhauseinweisungen mit geringerer Ärztedichte zunimmt.

Es sind auch vermehrt Anstrengungen zur Sicherung der Mobilität älterer Menschen ohne PKW-Verfügbarkeit notwendig. Diese sind im Übrigen nicht nur unter dem Gesichtspunkt des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung sinnvoll, sondern wirken sich allgemein teilhabeförderlich aus (vgl. Kapitel 8 in diesem Bericht). Auf alters- und geschlechtsspezifische Mobilitätsbedürfnisse – hier sei erwähnt, dass sich hinsichtlich des Führerscheinbesitzes im hohen Alter erhebliche geschlechtsspezifische und regionale Unterschiede finden (Giesel u. a. 2013) – ist zum einen mit einem leistungsstarken ÖPNV zu antworten; zum anderen sind die schon heute in vielen Kommunen unterbreiteten Angebote von Elektromobilität und Car-Sharing auszubauen. Eine gute Anbindung an den ÖPNV wäre gegebenenfalls durch einen Fahrdienst des Lokalen Gesundheitszentrums, reguläre Taxidienste oder

Bürgerbusse und vergleichbare Mobilitätsdienste zu ergänzen. Auch eine gemeinsame Finanzierung entsprechender Angebote durch Kommune, Lokales Gesundheitszentrum und Krankenkassen wäre vorstellbar. Der Sachverständigenrat (2014) verweist in diesem Kontext darauf, dass die Zentralisierung der medizinischen Versorgung und die damit verbundene Bündelung von Fahrgästen auf ein Ziel die Verkehrsplanung erleichtert.

Zu den prototypischen Aufgaben lokaler Gesundheitszentren gehöre weiterhin, regelmäßige Sprechzeiten von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen in den Gemeinden der Region anzubieten, um insbesondere die Primärversorgung auch weiterhin ohne längere Anfahrtswege für die Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Der ärztliche Bereitschaftsdienst und die Notfallversorgung wären gemeinsam von Krankenhaus, Vertragsärzten/Medizinischem Versorgungszentrum und Rettungsdiensten vom Lokalen Gesundheitszentrum aus zu organisieren. Die Zusammenarbeit innerhalb des Lokalen Gesundheitszentrums und mit weiteren Versorgern in der Region könne durch telemedizinische Anwendungen gefördert und erleichtert werden. Die stationären Angebote des Lokalen Gesundheitszentrums würden in erster Linie die für eine Grundversorgung typischen Fachrichtungen und geriatrische Angebote umfassen. In einer regionalen oder sogar überregionalen Abstimmung sei es denkbar und wünschenswert, dass das Lokale Gesundheitszentrum auch höher spezialisierte Leistungen erbringt, dies allerdings nur, soweit sich durch eine Bündelung von Patienten eine so große Patientenzahl erreichen lässt, dass sowohl die medizinische Expertise und Routine als auch entsprechende Backup-Leistungen sichergestellt werden können, um eine hohe Qualität der Behandlung zu gewährleisten. Umgekehrt müssten Instrumente gefunden werden, die verhindern, dass Krankenhäuser aufgrund von ökonomischen Anreizen und Zwängen höher spezialisierte Leistungen (wie z. B. Wirbelkörperfusionen oder elektive Endoprothesen-Implantationen, Vorhofablationen oder Herzklappenersatz via Linksherzkatheter etc.) erbringen, die sie aus qualitativen Gesichtspunkten besser einer höheren Versorgungsebene oder entsprechend spezialisierten Häusern mit einer eingriffsspezifisch größeren Patientenzahl und -erfahrung zuweisen sollten.

Stationäre Versorgung

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über ein sehr umfangreiches stationäres Versorgungsangebot. Im Jahr 2011 lag Deutschland mit 822,2 Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner mit Abstand an der Spitze der 27 Mitgliedsländer der Europäischen Union (Eurostat 2014). Auch hinsichtlich der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen nimmt Deutschland im internationalen Vergleich einen der vorderen Plätze ein (OECD 2013). Knapp 75 Prozent der Bevölkerung wohnen innerhalb eines zehnminütigen und 97,5 Prozent innerhalb eines zwanzigminütigen PKW-Radius zum jeweils nächsten Krankenhaus der Grundversorgung. Auch wenn der Bedarf an medizinischen Leistungen in Deutschland mit fortschreitendem demografischem Wandel wegen der zunehmenden Zahl älterer Menschen ansteigt, gibt es auch Regionen, für die bis 2030 mit einem Rückgang der Nachfrage zu rechnen ist: dies sind vor allem jene, die gegenwärtig eine vergleichsweise „alte“ Bevölkerung haben (z. B. der Süden der neuen Bundesländer außerhalb der Agglomerationsräume Leipzig und Dresden) – hier muss in der Krankenhausversorgung mit Tragfähigkeitsproblemen gerechnet werden (Augurzky u. a. 2014). Eine Schließung von Krankenhäusern infolge von Tragfähigkeitsproblemen würde zum Teil die Versorgungs- und Erreichbarkeitssituation bis hin zu möglicherweise nicht mehr tolerierbaren Ausprägungen verschlechtern (dies gilt insbesondere für den Norden der neuen Länder).

Mit dem sogenannten Sicherstellungszuschlag kennt die Krankenhausfinanzierung ein Instrument, um den Besonderheiten von Krankenhäusern im ländlichen Raum Rechnung zu tragen. Der Sicherstellungszuschlag für Krankenhäuser wurde im Zusammenhang mit der Einführung der DRGs bereits im Jahr 2004 in die Gesetzgebung aufgenommen (§ 5 KHEntgG in Verbindung mit § 17b KHG). Er soll die Vorhaltung von Kapazitäten für Leistungen gewährleisten, die wegen geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar sind, die aber zur Sicherstellung der Versorgung von einem Krankenhaus vorgehalten werden müssen. Ein Sicherstellungszuschlag kann zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhaus vereinbart werden, wenn ein geringer regionaler Versorgungsbedarf ursächlich für die Kostenunterdeckung der Klinik oder einer ihrer Abteilungen ist und kein anderes geeignetes Krankenhaus die infrage stehenden Leistungen ohne einen Zuschlag erbringen kann. Können sich die Vertragspartner nicht einigen, entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, ob und in welcher Höhe ein Sicherstellungszuschlag zu gewähren ist. Der Sicherstellungszuschlag wird grundsätzlich als geeignetes Instrument angesehen, um als bedarfsnotwendig erkannte Krankenhäuser im ländlichen Raum finanziell so zu stützen, dass sie ihren Versorgungsauftrag ohne Defizite erfüllen können (Gerlinger 2014).

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, aber auch im Hinblick auf den zunehmenden Ärztemangel im ambulanten Bereich, kommt den ländlichen Krankenhäusern im Hinblick auf die wohnortnahe Grund- und Regelversorgung besondere Bedeutung zu (vgl. die oben getroffenen Aussagen zu Lokalen Gesundheitszentren sowie Sachverständigenrat 2014). Als problematisch ist in diesem Zusammenhang anzusehen, dass die Krankenhausdichte und Erreichbarkeit stationärer medizinischer Versorgung sehr unterschiedlich ist – die durchschnittliche Versorgung mit Krankenhausbetten ist hier wegen ihrer extrem breiten Streuung ein wenig aussagefähiger Indikator. Besonders deutlich wird dies bei der Notfallversorgung. Gerade in dünn besiedelten ländlichen Regionen wird es zunehmend schwieriger, Notfallpatienten zügig in ein für die Aufnahme geeignetes Krankenhaus zu bringen. Dies liegt zum einen an einer fortschreitenden Schließung von Krankenhausstandorten insgesamt, aber auch der Schließung von Notaufnahmen und Intensivstationen (Dodt 2014). Hier sind die Länder aufgefordert, sowohl ihrem Finanzierungsauftrag bei den Investitionen der Krankenhäuser nachzukommen, als auch bei der Krankenhausplanung die Erreichbarkeit von Krankenhäusern auch im Hinblick auf die Notfallversorgung weiterhin und dauerhaft im Blick zu behalten.

Die Vernetzung stationärer medizinischer Einheiten wird in Zukunft verstärkt werden müssen, um langfristige Versorgungssicherheit für die Bevölkerung und den Bestand der medizinischen Infrastruktur zu sichern. Dies gilt insbesondere für ländliche Regionen. Die vom Bundesgesundheitsministerium in Aussicht gestellte Aufhebung der strikten Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist zu begrüßen. Von den Krankenkassen wird seit langem eine stärkere Durchlässigkeit dieser Grenze gefordert, sodass Versorgung unabhängig von Sektorengrenzen dort geleistet werden kann, wo sie gebraucht wird. Wenn die Voraussetzungen für die Durchlässigkeit in der Versorgung geschaffen werden, müssen auch die zum Teil problematischen Auswirkungen des Kassenwettbewerbs auf die Möglichkeiten regional organisierter Versorgung diskutiert werden. Wo dies für die lokalen Verhältnisse als sinnvoll und zielführend erscheint, können intelligente sektorenübergreifende Versorgungskonzepte gefördert und entsprechende Umstrukturierungshilfen geleistet werden. Auch die Länder müssen ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung verstärkt nutzen, um die gesundheitliche Daseinsvorsorge in der Fläche nachhaltig zu gewährleisten.

In der Umsetzung einer Integrierten Versorgung (IV) (§§ 140a ff. SGB V) – im Sinne der Überwindung von Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor wie im Sinne der Integration von therapeutischen und pflegerischen Leistungen sowie einer weiter entwickelten Kooperation der Gesundheitsberufe – wird übereinstimmend eine zielführende Lösung für die Versorgung des ländlichen Raumes gesehen. Dabei besitzt die Integrierte Versorgung Modellcharakter: eine erfolgreiche Umsetzung integrierter Versorgungskonzepte im ländlichen Raum bietet eine Chance, die Potenziale der integrierten Versorgung für Qualität und Wirtschaftlichkeit auch in derzeit normal- oder überversorgten Regionen zu demonstrieren. Derartige Umstrukturierungen bedürfen dabei zum einen einer Anschubfinanzierung (sowohl Investitions- als auch Betriebskosten), zum anderen gehen sie mit einem erhöhten Koordinationsaufwand im späteren Betrieb einher; die genannten Kosten könnten aber durch Einsparungen in anderen Bereichen gegenfinanziert werden. Faktisch wurde die Integrierte Versorgung nach ihrer gesetzlichen Festschreibung im Jahr 2000 nicht weiter verfolgt; neue Verträge werden nicht mehr abgeschlossen und den besonders innovativen populationsbezogenen Ansätzen wird keine Chance eingeräumt. Damit werden Innovationspotenziale, die mit der Integrierten Versorgung verbunden sind, systematisch blockiert. Eine stärkere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors kommt aufgrund größerer Wohnortnähe gerade alten Menschen zugute; derartige Strukturen können auch für Ärzte und ihre Arbeit attraktiv sein und damit den Zuzug im ländlichen Raum wie auch den Verbleib in diesem fördern. Schließlich treten bei einer integrierten Versorgung iatrogene Schäden seltener auf. Die überzeugenden Erfahrungen mit populationsbezogenen Konzepten integrierter Versorgung konnten durch den faktischen Stopp des Abschlusses von IV-Verträgen nicht in die Fläche implementiert werden. Insofern bedarf es einer neuen politischen Initiative zur Förderung integrierter Versorgung.

Darüber hinaus sind innovative Versorgungskonzepte, die in den letzten Jahren im Kontext von Modellprojekten und Initiativen entwickelt und erprobt wurden, zu etablieren und auszubauen (Fendrich u. a. 2010). Zu nennen sind hier etwa die Eröffnung von Zweigpraxen, Praxis-Sharing (Fachärzte sind zu bestimmten Zeiten vor Ort und teilen sich die Praxisräume), die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren, die Delegierung ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliche Fachkräfte, die Patienten zu Hause aufsuchen, wohnortnahe Patientenbusse und die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologie (Telemedizin) (Flach 2012; Fritzsche 2014).

Telemedizin

In der Telemedizin wird eine Möglichkeit gesehen, die Auswirkungen eines drohenden Ärztemangels auf dem Land zu mindern. Durch Einsatz neuer Technologien, die in der Lage sind, für die Diagnosestellung und Behandlung wichtige gesundheitliche Informationen zu erfassen und sicher zu übermitteln, besteht für Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, ohne großen Aufwand den Kontakt zu betreuenden medizinischen Einrichtungen zu halten, wodurch die Weiterbetreuung nach Klinikentlassung erheblich erleichtert wird. Entsprechend birgt eine Ausweitung der Telemedizin auch das Potenzial, sorgende Gemeinschaften zu entlasten, zum Teil auch nachhaltige Betreuungs- und Unterstützungsleistungen in sorgenden Gemeinschaften überhaupt erst zu ermöglichen. Für Ärzte ergibt sich die Möglichkeit, auf effizientem Weg Zweitmeinungen einzuholen und Diagnosen abzusichern. Auf dem Telemedizinportal der Fraunhofer-Gesellschaft finden sich mehr als 200 innovative Projekte, in denen sichere Datenleitungen von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten für die Übermittlung von Gesundheitsdaten genutzt werden. So werden im Projekt CCS Telehealth Ostsachsen[40] zur Verdeutlichung der Leistungsfähigkeit einer Telemedizinplattform drei Anwendungen entwickelt: die Etablierung einer Fernanwendung für die Versorgung und kontinuierliche Nachsorge von Patienten mit Herzschwäche (Telecoaching), die Organisation der ambulanten Nachsorge von Schlaganfallpatienten durch Case Manager (Tele-Stroke) und die Erfassung von Gewebeschnitten und deren Übermittlung an die Partnerklinik zur Zweitbefundung (Telepathologie). Gleichwohl existiert in Deutschland bislang weder eine flächendeckende technische Infrastruktur für die Telemedizin, noch ist die Frage, ob und wie telemedizinische Leistungen abgerechnet werden können, geklärt. Entsprechend ist der vom Bundeskabinett am 27. Mai 2015 verabschiedete E-Health-Gesetzentwurf zu begrüßen, in dem ein verbindlicher Fahrplan für die Einführung einer digitalen Infrastruktur mit höchsten Sicherheitsstandards vorgegeben wird (BMG 2015). Im Anschluss an eine bundesweite Erprobung in Testregionen ab dem 1. Juli 2016 in einem Zeitraum von zwei Jahren soll flächendeckend ein modernes Stammdatenmanagement eingeführt werden. Ärzte und Zahnärzte, die diese Anwendung nutzen, erhalten einen Vergütungszuschlag; ab dem 1. Juli 2018 sind pauschale Kürzungen der Vergütung von Ärzten und Zahnärzten vorgesehen, die nicht an der Online-Prüfung von Versichertenstammdaten teilnehmen. Ab 2018 sollen Notfalldaten auf der Gesundheitskarte gespeichert werden können, wenn der Patient dies wünscht. Ärzte sollen für die Erstellung dieser Notfall-Datensätze ebenfalls einen Vergütungszuschlag erhalten. Zur Förderung der Nutzung von Telemedizin sieht der Gesetzentwurf ab dem 1. April 2017 eine Vergütung von Telekonsilen bei der Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen vor. Zur Frage der Erbringung und Vergütung weiterer telemedizinischer Leistungen sollen von den einschlägigen Akteuren im Rahmen der Selbstverwaltung Vorschläge erarbeitet werden.

Regionale Disparitäten der Versorgungssituation

Das deutsche Gesundheitswesen kennt ein gleichzeitiges Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung – je nach Region, Stadtteil, Bevölkerungsgruppe, Versorgungsbereich oder Indikation. Ein Beispiel: In Großstädten können über 80 Prozent der Einwohner innerhalb von zehn Minuten einen Arzt oder eine Therapieeinrichtung erreichen, in Landgemeinden hingegen nur 62 Prozent (Sturm und Walther 2011). Einen generellen Ärztemangel zu beklagen, geht an der Realität der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland jedoch vorbei. Im Jahr 1990, als noch von einer zu hohen Anzahl von Ärzten gesprochen wurde, gab es in Deutschland etwa 92.000 niedergelassene Ärzte; bis zum Jahr 2012 stieg diese Zahl um 56 Prozent auf über 144.000 an. Die mit fortschreitendem demografischem Wandel immer deutlicher werdenden regionalen Ungleichheiten des ärztlichen Leistungsangebots zeigen sich nicht allein in einer bereits erkennbaren oder infolge des Ruhestandes niedergelassener Ärzte für die nähere Zukunft zu erwartenden Unterversorgung. Vielmehr spiegelt sich diese Ungleichverteilung auch in einer Überversorgung von Metropolregionen wider.

Nach Schätzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kosten Fehlallokationen im medizinisch-ambulanten Bereich den Steuerzahler jährlich circa 5 Mrd. Euro; für den medizinisch-stationären Bereich ergibt sich mit einer starken Zunahme von Behandlungen und erheblichen Verschiebungen der relativen Anteile verschiedener Behandlungsfälle (z. B. Abnahme von Geburten, Zunahme von Herzkreislauferkrankungen) ein ähnliches Bild. Entsprechend werden zunehmend Veränderungen auf der Leistungsseite gefordert, und zwar ausdrücklich auch in Richtung auf eine stärker sektorenübergreifende Versorgung. Genannt werden in diesem Zusammenhang etwa Überschneidungen zwischen medizinischer Versorgung, Rehabilitations- und Präventionsangeboten (inklusive

---

[40] http://www.telehealth-ostsachsen.de (Zugriff am 17. Juli 2015).

Sport und Bewegung), Wellness-Angeboten, Kultur und Bildung sowie zwischen medizinischer Versorgung und Pflege oder auch allgemein zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (Burgi 2013).

Vorschläge zur Lösung der Allokationsproblematik bewegen sich in aller Regel innerhalb des bestehenden Systems, in dem die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen für die Bedarfsplanung und Sicherstellung der ambulanten Versorgung zuständig sind. Es sind zwar Bemühungen um die Institutionalisierung regionaler Gesundheitskonferenzen erkennbar, die der Identifikation und lösungsorientierten Diskussion von Versorgungsproblemen dienen, doch bewegen sich die entwickelten Lösungsansätze meist innerhalb des bestehenden Kompetenzgefüges (Burgi 2013). Davon zu unterscheiden sind die von Greß und Stegmüller (2011) angeregten regionalen Versorgungskonferenzen, die unter der Zielsetzung eines Abbaus von Überversorgung eine stimmberechtigte Beteiligung von Vertretern der Kommunen wie auch von regionalen Krankenhäusern vorsehen; in jenen Fällen, in denen diese Versorgungskonferenzen nicht zu einem Konsens finden und ihrer Zielsetzung nicht gerecht werden, sollte auch das jeweilige Bundesland beteiligt werden. Zu erwähnen ist hier zudem die Empfehlung des Instituts für Gesundheits-System-Forschung, Koordinierungsstellen einzurichten, die in Kooperation mit neu zu schaffenden kommunalen Lenkungsausschüssen aus Vertretern von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, Vertretern der Kommune und weiteren regionalen Gesundheitsakteuren ein auf regionale Bedarfe zugeschnittenes Versorgungskonzept zu entwickeln und umzusetzen (Beske u. a. 2012).

Während im stationären Sektor der Sicherstellungsauftrag nach § 6 KHG bei den Ländern liegt, übernehmen im ambulanten Bereich die Kassenärztlichen Vereinigungen (beziehungsweise wenn diese die Sicherstellungsfunktion nicht wahrnehmen können, die Krankenkassen) diese Funktion. Diese historisch begründeten unterschiedlichen Regelungen in den beiden Sektoren erschweren eine sektorenübergreifende regionale Planung (Sachverständigenrat 2014).

Zuständigkeiten und Möglichkeiten zur Lösung der Allokationsproblematik

Die Kassenärztlichen Vereinigungen, denen der Sicherstellungsauftrag für die ambulante vertragsärztliche Versorgung obliegt (wenn eine Kassenärztliche Vereinigung diesem Sicherstellungsauftrag nicht nachkommt bzw. nachkommen kann, geht dieser – gegebenenfalls regional oder fachlich begrenzt – an die Krankenkassen über), haben bei Planungsbereichen mit Unter- oder Überversorgung verschiedene Möglichkeiten, gegensteuernde Maßnahmen zu ergreifen. Eine vom Sachverständigenrat initiierte Befragung der Kassenärztlichen Vereinigungen gibt Auskunft, welche Maßnahmen derzeit genutzt werden und in welchem Ausmaß dies geschieht (Sachverständigenrat 2014). Im hausärztlichen Bereich wurden 2013 in vier Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigung (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen) in insgesamt 36 Planungsbereichen Sicherstellungszuschläge nach § 105 Abs. 1 SGB V gezahlt. Diese erfolgten zum Teil als Einmalzahlungen bei Gründung oder Übernahme einer Praxis oder bei Verpflichtung zu einer mehrjährigen Anstellung, zum Teil auch unabhängig davon als pauschaler Betrag von 1.500 Euro pro Quartal oder als Zuschlag von zehn Euro pro Fall, der über die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe abgerechnet wird. Investitionskostenzuschüsse für hausärztlich Niedergelassene wurden von acht Kassenärztlichen Vereinigungen für 85 Planungsbereiche vorgesehen (wenngleich nicht immer abgerufen), dabei wurden 2013 knapp 1,5 Mio. Euro an bundesweit insgesamt 51 Ärzte ausgezahlt, was einem durchschnittlichen Betrag von knapp 29.000 Euro pro Arzt entspricht. Umsatzgarantien beziehungsweise Mindestumsätze für Hausärzte wurden von vier Kassenärztlichen Vereinigungen gewährt. In Bezug auf die spezielle Förderung der Allgemeinmedizin haben sich fünf Kassenärztliche Vereinigungen an der Finanzierung von Lehrstühlen beziehungsweise Stiftungsprofessuren beteiligt (Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt, Saarland, Mecklenburg-Vorpommern und Bayern) sowie die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg an der finanziellen Förderung des wissenschaftlichen Personals an einem Allgemeinmedizinischen Lehrstuhl. Alle Kassenärztlichen Vereinigungen berichten, bestimmte Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Fachs Allgemeinmedizin ergriffen zu haben. Dies betrifft zum Beispiel die Einrichtung von Koordinierungsstellen für die Weiterbildung oder die finanzielle Förderung von Weiterbildungsstellen. Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind insgesamt vor allem im Facharztbereich selten; Eigeneinrichtungen der Kommunen und Ermächtigungen von Krankenhäusern zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bei Unterversorgung werden bislang nicht angegeben.

Das am 11. Juni 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz[41]) steht unter der Zielsetzung, die Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit der gesundheitlichen Versorgung durch eine Ausbalancierung von Über- und Unterversorgung zu lösen. Das Gesetz gibt den Verantwortlichen vor Ort die Möglichkeit, durch die Erweiterung von Fördermöglichkeiten (u. a. durch Erleichterung der Einrichtung eines Strukturfonds zur Förderung der Niederlassung) stärkere Anreize für die Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Regionen zu setzen. Des Weiteren werden die aktiven Mitgestaltungsmöglichkeiten der Kommunen durch die Gründung von medizinischen Versorgungszentren gestärkt. Arztpraxen in überversorgten Gebieten sollen nur dann nachbesetzt werden, wenn dies für die Patienten auch sinnvoll ist, um zu verhindern, dass sich Nachwuchsmediziner weiterhin entgegen der bestehenden Bedarfslage bevorzugt in diesen Gebieten niederlassen. Die entsprechenden Entscheidungen werden von Ärzten und Krankenkassen in den Zulassungsstellen vor Ort getroffen. Des Weiteren betont das Gesetz eine stärkere Förderung von Weiterbildungsstellen in der ambulanten Versorgung und eine Stärkung der Versorgungsorientierung in der ärztlichen Vergütung vor. Die Kassenärztliche Vereinigung wird zur Einrichtung von Terminservicestellen verpflichtet, die innerhalb von maximal vier Wochen einen Facharzttermin vermitteln müssen. Die psychotherapeutische Versorgung soll durch eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie verbessert werden.

Zur Abdeckung des Versorgungsbedarfs in unterversorgten Gebieten empfiehlt der Sachverständigenrat, zukünftig verstärkt das Instrument der Ausschreibung zu nutzen, da dieses Flexibilität in Bezug auf Honorierung und Investitionskostenbeihilfen ermöglicht: „Um den Bewerbern eine ausreichende Planungssicherheit zu gewährleisten, sind langfristige Verträge notwendig, das heißt der mögliche Übergang des Sicherstellungsauftrags an das Land müsste längerfristigen Charakter haben. Die Ausschreibungen sollten grundsätzlich auch den örtlichen Krankenhäusern offenstehen, die ohnehin gemäß § 116 und 116a SGB V bei Unterversorgung in die ambulante Versorgung mit einbezogen werden können. Außerdem kommen kommunale Einrichtungen gemäß § 105 Abs. 5 SGB V als Träger der ambulanten regionalen Versorgung infrage. Diese könnten sich wie andere Bewerber an den Ausschreibungen beteiligen oder aber auch vorrangig bei der Vergabe durch das Land Berücksichtigung finden, wenn dadurch eine besondere regionale Einbindung und intersektorale örtliche Versorgung erreichbar erscheint. Die Organisation und Abstimmung der entsprechenden Vergabeprozesse könnte durch die gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V erfolgen, also nicht allein durch das Landessozialministerium, um eine breite Einbindung der regionalen Akteure zu gewährleisten. Die Kompetenzen dieser Gremien müssten entsprechend erweitert werden“ (Sachverständigenrat 2014: 376f.).

Gemäß § 72a SGB V erfolgt ein (partieller) Übergang des Sicherstellungsauftrages von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen, wenn erstere nicht mehr in der Lage sind, mindestens 50 Prozent des Versorgungsbedarfs in einem Zulassungsbezirk oder regionalen Planungsbereich zu garantieren. Neben der Möglichkeit zur dauerhaften Errichtung von Eigeneinrichtungen können die Krankenkassen (gemeinsam und einheitlich) mit Leistungserbringern Verträge zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung schließen, wobei auch ausländische Ärzte rekrutiert werden dürfen, wenn ansonsten die Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Im Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Einflussmöglichkeiten der Kommunen gestärkt, indem diesen das Recht zugesprochen wurde, die medizinische Versorgung durch die Gründung Medizinischer Versorgungszentren aktiv mitzugestalten.

Zur Vermeidung von sogenanntem Cream Skimming durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, das heißt die Beibehaltung des Sicherstellungsauftrages in überversorgten und gezieltem Rückzug aus unterversorgten Gebieten, ist der Bereinigungsbetrag aus dem Gesamtbudget höher anzusetzen, als es dem rechnerischen Anteil der ausscheidenden Bereiche entspricht. Vorgeschlagen werden eine Verdopplung des Betrages sowie eine Erhöhung des Schwellenwertes für den möglichen Übergang des Sicherstellungsauftrages von 50 Prozent auf 75 Prozent. Zusätzliche Mittel des Landes würden den Restbetrag abdecken, der sich nach Abschluss der Ausschreibung der regionalen Versorgungsleistungen ergibt. Die kommunalen Investitionsbeihilfen würden dagegen nicht die laufenden Kosten der Versorgung betreffen, sondern notwendige Infrastrukturmaßnahmen wie bauliche Erweiterungsmaßnahmen, zum Beispiel des örtlichen Krankenhauses, damit dieses die ambulante Versorgung übernehmen kann.

Der Sachverständigenrat empfiehlt, den Sicherstellungsauftrag der ambulanten Versorgung bei Unterschreiten eines Schwellenwertes von 75 Prozent bei Hausärzten und ebenfalls 75 Prozent bei grundversorgenden Fachärzten

[41] http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz/gkv-vsg.html (Zugriff am 17. Juli 2015).

in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbereich nicht mehr in der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen (bzw. Krankenkassen) und damit separiert vom stationären Sektor zu belassen, sondern ihn ebenso wie den Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung auf die Länder zu übertragen. Diese wären dann in der Lage, auf der Grundlage einer überregionalen Rahmenbedarfsplanung die regionale Sicherstellung der Versorgung sektorenübergreifend zu verantworten (Sachverständigenrat 2014).

Der Vorschlag eines Landarztzuschlags sieht einen Vergütungszuschlag von 50 Prozent auf alle ärztlichen Grundleistungen der Versorgungsstufen I und II (hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung) vor, wenn es sich um einen Arztsitz in einer von Unterversorgung bedrohten Region handelt (sogenannter „Landarztzuschlag“), wobei als Kriterium für die (drohende) Unterversorgung der Versorgungsgrad des jeweiligen Planungsbereiches herangezogen wird. Alternativ zum einheitlichen 50-Prozent-Zuschlag wäre auch eine gleitende Bezuschussung, abhängig vom Versorgungsgrad, mit einem Höchstsatz von 50 Prozent denkbar.

6.7 Prävention, Rehabilitation und Palliation als zentrale Bereiche der gesundheitlichen Versorgung

Im Folgenden wird auf die Entwicklungsbedarfe in den besonders für das höhere und hohe Alter zentralen gesundheitlichen Versorgungsbereichen von Prävention, Rehabilitation und Palliation eingegangen. In allen diesen Bereichen ist besonders die zunehmende Diversität zwischen unterschiedlichen Gruppen Älterer in den Blick zu nehmen, um spezifische Zugangsbarrieren für sozial benachteiligte Gruppen beziehungsweise Ältere mit Migrationshintergrund abzubauen und die Kompetenzen der beteiligten Sozial- und Gesundheitsberufe in den Versorgungsorganisationen für den Umgang mit benachteiligten Gruppen zu stärken.

Prävention und Rehabilitation

Gesundheit im Alter wird in der Präventionsforschung als ein Konstrukt verstanden mit fünf Dimensionen verstanden (Kruse 2002): (1) Fehlen von Krankheiten und Krankheitssymptomen, (2) optimaler funktionaler Status, (3) aktive, selbstverantwortliche, persönlich zufriedenstellende Lebensgestaltung, (4) gelingende Bewältigung von Belastungen und Krisen und (5) Vorhandensein eines individuell angemessenen Systems medizinisch-pflegerischer und sozialer Unterstützung. Aus dieser Definition von Gesundheit lässt sich folgendes Präventionsziel für das hohe Alter ableiten: Vermeidung von Erkrankungen und Funktionseinbußen, Erhaltung der funktionalen Unabhängigkeit und Autonomie, Erhaltung der aktiven Lebensgestaltung und Teilhabe, Vermeidung von psychischen Erkrankungen aufgrund von Überforderung und Aufrechterhaltung eines angemessenen Systems der Unterstützung (Kruse 2002; Kümpers und Rosenbrock 2010). In Bezug auf den funktionalen Status als Merkmal von Gesundheit gewinnt das Konzept der aktiven Lebenserwartung (Katz u. a. 1983; Salomon u. a. 2013) große Bedeutung. Diesem Konzept liegt die Annahme zugrunde, dass Erkrankungen nicht notwendigerweise zu Behinderungen führen und dass sich Erfolge der Prävention, Therapie und Pflege nicht allein in dem Hinausschieben von Erkrankungen („Kompression der Morbidität“) (Fries u. a. 1989; Fries 2012), sondern auch im späteren Auftreten von Behinderungen widerspiegeln (Han u. a. 2013; Manton u. a. 1997; Tesch-Römer und Wurm 2014); ein Aspekt, der gerade mit Blick auf das höhere Lebensalter von besonderer Bedeutung ist.

Mit dem zunehmend chronischen Verlauf von Krankheiten und funktionellen Einbußen im hohen Alter gewinnt die Erhaltung oder (möglichst weitgehende) Wiederherstellung von Selbstständigkeit – insbesondere unter den Aspekten der Autonomie und Teilhabe (Kruse und Schmitt 2014; Kümpers und Rosenbrock 2010) – in der Reihe an Zielen der gesundheitlichen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Aus diesem Grunde ist es notwendig, den ärztlich-kurativen Behandlungsansatz verstärkt um präventive, rehabilitative und palliative Aspekte zu ergänzen. Gegenstand von Prävention im Alter sind Maßnahmen, die das Auftreten von Erkrankungen vermeiden oder hinauszögern – dies sowohl im Sinne von Verhaltens- als auch im Sinne von Verhältnisprävention (Kümpers und Rosenbrock 2010), die auf die Früherkennung und Eindämmung der Progredienz von Krankheiten gerichtet sind und schließlich die Behandlung von Krankheiten mit dem Ziel der Wiederherstellung der Gesundheit oder einer Minimierung von Folgeschäden anstreben (Tevsky 2014). Präventionspotenziale lassen sich bis ins hohe Alter nachweisen, sodass ein präventiv orientierter gesundheitlicher Versorgungsansatz auch mit Blick auf das hohe Alter sinnvoll und notwendig ist (Kruse 2002 und 2014) – dies zum Beispiel mit Blick auf die Vermeidung von Stürzen durch Förderung von Koordination, Mobilität, Kraft und Ausdauerleistung (Becker und Rapp 2011; Hauer u. a. 2014). Medizinische Rehabilitation hat allgemein zum Ziel, durch akute oder chronische Erkrankungen aufgetretene Funktionseinschränkungen und Funktionsverluste möglichst umfassend zu beheben oder zu

kompensieren. Im Zentrum der geriatrischen Rehabilitation steht die Förderung der Mobilität sowie der Ausübung basaler und instrumenteller Aktivitäten mit dem Ziel, Patienten eine Rückkehr in ihr soziales Umfeld und die Aufrechterhaltung sozialer Teilhabe zu ermöglichen (Gogol 2014). Palliation zielt im Unterschied zur Kuration, bei der es um die Heilung einer Krankheit geht, auf eine bestmögliche Anpassung an die gegebenen physiologischen und psychologischen Verhältnisse, ohne eine Heilung anzustreben; das primäre Ziel palliativer Maßnahmen ist vielmehr die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten (Husebø und Klaschik 2009; Kruse 2007). In der Praxis können gerade im Alter die Übergänge zwischen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation fließend sein, partiell auch parallel bestehen, was allerdings in der Versorgungspraxis häufig nicht ausreichend erkannt und berücksichtigt wird. Die Relativierung kurativer Therapieziele darf aber nicht dazu verleiten, die Erfolgsaussichten und die Dringlichkeit therapeutischer Bemühungen zu unterschätzen. Entsprechend darf die Schwelle für die Einleitung einer geriatrischen Rehabilitation nicht zu hoch gesetzt werden (Tevsky 2014).

Während der präventive Ansatz – insbesondere die lebensweltorientierte primäre Prävention (Kümpers und Rosenbrock 2010) – mit Blick auf Erkrankungen im Alter trotz einer neueren vom BMFSFJ geförderten Follow-up-Studie, die die Wirksamkeit gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen bei älteren Menschen in Deutschland nach einem Jahr belegt (Dapp u. a. 2011), immer noch in den Anfängen steckt, ist die geriatrische Rehabilitation bundesweit schon umfassender (aber keinesfalls ausreichend) implementiert: eine Vielzahl von Daten belegen die Wirksamkeit der Rehabilitation in der Geriatrie (Hager u. a. 2014; Kwetkat u. a. 2014). Der Effekt der Prävention ist im Allgemeinen umso größer, je früher mit dieser begonnen wird (Kruse 2002). Die Prävention für Erkrankungen im Alter ist mithin eine lebenslange Aufgabe. Unabhängig davon ist Prävention aber auch im höheren und hohen Alter sinnvoll und effektiv. Verwiesen sei in diesem Zusammenhang auf die Verhinderung von kardiovaskulären Ereignissen oder von Stürzen. Neue Erkrankungen erfordern im Alter immer häufiger eine die Akutbehandlung bereits begleitende beziehungsweise eine sich an diese anschließende rehabilitative Behandlung. Mit der immer weiteren Verkürzung der Verweildauer im stationären Bereich stehen Krankenhausärzte ebenso wie die betreuenden Hausärzte immer häufiger vor der Frage, ob im individuellen Fall eine geriatrische Rehabilitation angezeigt ist oder ob bereits ein „Pflegefall“ (es sei hier darauf hingewiesen, dass eine derartige Begrifflichkeit der Zielvorstellung einer an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen ausgerichteten Versorgung widerspricht) vorliegt.

An der aktuellen Versorgungspraxis ist zu bemängeln, dass nicht wenigen Patientinnen und Patienten, die von einer geriatrischen Rehabilitation profitieren könnten, eine solche nicht angeboten oder vorenthalten wird. In diesem Zusammenhang ist zunächst auf die in sozial benachteiligten Gruppen bestehenden Zugangsbarrieren zu verweisen, die sowohl mit Blick auf die Angebots- als auch mit Blick auf die Nachfrageseite zu finden sind. Auf der Seite des Hausarztes mag einer Weiterverfolgung des Patienten im Wege stehen, dass dieser zur Antragstellung nicht zugelassen ist oder entsprechende Bemühungen allenfalls unzureichend vergütet werden. Widerspruchsverfahren erweisen sich für die Betroffenen nicht selten als ausgesprochen schwierig. Zum Beispiel steht die notwendige Beratung häufig nicht zur Verfügung. Gleichzeitig haben Anträge zur Pflegebegutachtung nur in Ausnahmefällen die Einleitung einer geriatrischen Rehabilitation zur Folge. Die hier angesprochene objektive Exklusion geht im ungünstigen Fall mit einer subjektiven Exklusion einher, sodass die negative Prognose zu einer „selbsterfüllenden Prophezeiung“ wird und Teilhabe nachhaltig beeinträchtigt wird.

Die Rehabilitation im Alter ist immer dann indiziert, wenn zunehmende oder nach Erkrankungen noch nicht wiederhergestellte Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen vorliegen, die eine weitgehend selbstständige Lebensführung in der gewohnten Umgebung gefährden. Die Herausforderungen des demografischen Wandels, eines sich wandelnden Behandlungsspektrums sowie veränderter Patientenansprüche und Rahmenbedingungen zum Beispiel des akutstationären Sektors machen den Bedarf nach veränderten beziehungsweise innovativen Versorgungskonzepten und -strukturen auch in der Rehabilitation deutlich. Dabei sollte der Rehabilitationsprozess vermehrt als gesundheitliche Rehabilitation – und damit als Ausdruck eines umfassenden Versorgungskonzeptes, welches präventive, berufsbezogene, soziale oder psychologische Aspekte einschließt – verstanden werden. Mit angemessenen Mitteln und bei Verhinderung von Pflegeheimunterbringung mittelfristig sogar kostengünstiger, kann selbst bei hochbetagten Patientinnen und Patienten in einem hohen Prozentsatz ein akzeptables Maß an Selbstständigkeit und Lebensqualität sowie die Rückkehr in die gewohnten Lebensbezüge im Sinne einer restitutio ad optimum erreicht werden (Hager u. a. 2002). Geriatrische Rehabilitation ist auch bei Hochbetagten in hohem Maße geeignet, um die Selbstversorgung und Mobilität nach einer Akuterkrankung zu verbessern (Jamour u. a. 2014). Gleichzeitig erscheint die aktuelle Regelung der Zuständigkeiten von Krankenversicherung und Pflegeversicherung unter der Zielsetzung Pflegebedürftigkeit wo möglich zu vermeiden und jenen Menschen, die von

einer geriatrischen Rehabilitation profitieren könnten, auch eine solche zu ermöglichen, zumindest partiell widersprüchlich.

Fehlanreize und Schnittstellenprobleme

Rehabilitationsleistungen zur Verhinderung oder Verminderung von Pflegebedarf und zur Verbesserung beziehungsweise Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe werden aktuell infolge von Fehlanreizen zu selten realisiert. Die Krankenkassen haben betriebswirtschaftlich betrachtet kein Interesse, durch Mehrausgaben für Rehabilitation Einfluss auf die Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten zu nehmen und damit Ausgaben der Pflegeversicherung zu senken. Um den Stellenwert des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ zu verbessern, muss die Pflegeversicherung in die Mechanismen des SGB IX integriert und als weiterer Rehaträger behandelt werden. So kann die Rehabilitationsverantwortung, die auch der Pflegeversicherung zugeordnet wurde (§§ 5, 31 SGB XI), realisiert werden. Eine noch weiter gehende Lösung wäre die Integration von Pflege- und Krankenversicherung (Sachverständigenrat 2014). Vor dieser wird allerdings gewarnt: Die eigenständige Perspektive der subsidiär angelegten Pflegeversicherung würde ebenso verloren gehen wie die dringend notwendige Verlagerung von Aufgaben der Pflegeversicherung auf die kommunale Ebene. Vorgeschlagen wird allerdings neben der Aufnahme der Pflegeversicherung in das SGB IX die konsequente Verlagerung der fachpflegerischen Aufgaben der sogenannten Behandlungspflege, erweitert um präventive und Steuerungsfunktionen der Fachpflege, in das SGB V (Hoberg u. a. 2013). So könnten die Fehlanreize, die zur Pflegeheimüberweisung führen, vermieden und die wichtigen präventions- und rehabilitationsfördernden Aufgaben der Fachpflege konsequent einbezogen werden. Dies wird durch die lediglich optionale Begleitung der Bezieher von Pflegeversicherungsleistungen durch Fachpflegekräfte (Wahloption: Pflegegeld oder Sachleistung) für einen großen Teil der Versicherten verhindert.

Ein weiteres Problem liegt im zweistufigen Antrags- beziehungsweise Genehmigungsverfahren der Krankenversicherung für Rehabilitationsmaßnahmen, die aus der ambulanten Versorgung heraus verordnet werden. Dieses Verfahren sollte vereinfacht werden, um den Zugang insbesondere für ältere Versicherte zu erleichtern. Die ambulante Heilmittelerbringung, insbesondere in komplexen Situationen, ist häufig von finanziellen Restriktionen begleitet, die zu einer Barriere für die Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen führt.

Anders als international üblich, erfolgt die Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland oft in wohnortfernen, dafür aber klimatisch günstig gelegenen stationären Einrichtungen. Gerade diese Wohnortferne ist mit dafür verantwortlich zu machen, dass alte Menschen mit Rehabilitationsbedarf und Rehabilitationsfähigkeit entsprechende Rehabilitationsleistungen nicht in Anspruch nehmen. An dieser Stelle sei kritisch angemerkt, dass unter den Kostenträgern zum Teil auch die Tendenz besteht, sich für den günstigsten (und das bedeutet leider vielfach: nicht für den besten/angemessenen) Leistungsträger zu entscheiden, was zur Folge hat, dass leichter zugängige regionale Ressourcen ungenutzt bleiben. Hier stellt sich die Aufgabe, die mobile Rehabilitation (Lübke u. a. 2014; Schulz u. a. 2014) zu stärken, die sehr gute Beiträge zur Förderung von Selbstständigkeit und Teilhabe leistet. Die Einrichtung solcher Mobilen Rehabilitationsteams ist durchaus im Sinne einer strukturellen Innovation zu interpretieren, wird allerdings von einzelnen Krankenkassen abgelehnt, da sie – nach deren Aussagen – mit zu hohen Investitionskosten verbunden ist. Gute Konzepte der Mobilen Rehabilitation konnten sich bislang noch nicht durchsetzen und sind in Deutschland strukturell unterentwickelt, da die für deren Integration in die gesundheitliche Regelversorgung notwendige Evidenz (noch) nicht vorliegt. Das wiederum verweist auf Defizite sowohl im Bereich der gerontologischen Grundlagenforschung als auch im Bereich konkreter Interventions- und Versorgungsforschung. Prinzipiell wäre es denkbar, für bestimmte Indexdiagnosen bei Vorliegen weiterer Kriterien (z. B. ab einem gewissen Alter, wenn die Person alleine lebt, eine bestimmte Anzahl an Medikamenten oder bestimmte weitere Angebote des Versorgungssystems benötigt) standardisierte Zuweisungsregeln für alternative stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen zu etablieren.

Berücksichtigt man, dass der demografische Wandel seine stärkste Dynamik in den höchsten Altersgruppen zeigt, erscheint die Forderung angemessen, dass Reallokationen finanzieller Mittel im Gesundheitssystem verstärkt zugunsten der Rehabilitation vorzunehmen sind, um der Zielsetzung des SGB IX und des darin verankerten Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege auch in Zukunft gerecht zu werden. Desgleichen ist eine verstärkte Investition in präventive Maßnahmen zu empfehlen, um die Manifestation von Erkrankungen beziehungsweise funktionellen Einschränkungen zeitlich in die Zukunft zu verschieben.

Palliation

Für die medizinische Forschung über das hohe Alter ist vor allem die Gebrechlichkeit von großer Bedeutung: Gebrechlichkeit (Frailty) beschreibt einen Zustand hochgradig verringerter körperlicher Reservekapazität und deutlich erhöhter Verletzlichkeit; als zentrales Symptom gilt hier die Sarkopenie beziehungsweise Dynapenie, die von den meisten Fachvertretern im Übrigen als mindestens weitgehend behandelbare Ursache angesehen wird (Sieber 2010) (weshalb Frailty auch nicht alleine im Kontext der Palliativversorgung zu verorten ist). Das Individuum verwendet in diesem Zustand die ihm verbleibenden Kapazitäten ausschließlich dazu, die grundlegenden Lebensfunktionen aufrechtzuerhalten. Frailty wird als Syndrom definiert, das sich durch verminderte Widerstandsfähigkeit gegenüber Stressoren auszeichnet; diese Widerstandsfähigkeit ist ab einem bestimmten Zeitpunkt so stark reduziert, dass das Individuum nicht mehr in der Lage ist, Infektionen abzuwehren. Dabei wird zwischen drei charakteristischen Krankheitsverläufen in der letzten Lebensphase differenziert (Murray u. a. 2005): (1) Onkologische Erkrankungen (diese gehen zunächst über eine relativ lange Zeit mit wenigen Einschränkungen im Alltag einher, während anschließend innerhalb weniger Monate körperlicher Abbau, Funktionsverlust und Tod eintreten); (2) Herz-, Lungen- oder Nierenerkrankungen (diese erstrecken sich über mehrere Jahre mit mehr oder minder stark ausgeprägten Einschränkungen im Alltag; gelegentlich treten akute Verschlechterungen ein, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machen; die sich anschließende Erholung führt nicht mehr zum früheren Funktions- und Leistungsniveau); (3) Gebrechlichkeit, nicht selten mit einer demenziellen Erkrankung einhergehend (diese ist mit einem über mehrere Jahre bestehenden, kontinuierlich steigenden Niveau der Hilfsbedürftigkeit verbunden). Im hohen und höchsten Alter dominieren im Vorfeld des Todes immer weniger die onkologischen Erkrankungen (die vor allem für die letzte Lebensphase im mittleren Erwachsenenalter charakteristisch sind), es treten vielmehr die Herz-, Lungen- und Nierenerkrankungen sowie die Gebrechlichkeit in den Vordergrund.

In einer Untersuchung über das Krankheits- und Symptomspektrum von Patientinnen und Patienten auf einer Geriatrischen Palliativstation, an der mehr als 200 Personen mit einem Durchschnittsalter von 81 Jahren teilgenommen hatten, waren die häufigsten Diagnosen nicht-onkologischer Natur: Zu diesen Diagnosen zählten der Schlaganfall, die Pneumonie, die Demenz und die Herzinsuffizienz (Oster u. a. 2010). Diese Patientinnen und Patienten waren funktionell sehr stark eingeschränkt (bei knapp 60 Prozent bestand Pflegebedarf) und wiesen im Durchschnitt fünf Begleiterkrankungen auf. Die Mortalität der nicht-onkologischen Patientinnen und Patienten in der Palliativstation war höher und diese Patientinnen und Patienten hatten ein höheres Lebensalter als die geriatrischen Tumorpatientinnen und -patienten. Während bei Letzteren die Schmerzsymptomatik im Vordergrund stand (fast 90 Prozent dieser Patientinnen und Patienten litten an Schmerzen), waren es bei Ersteren Schluckstörungen, Fieber, Verstopfung, Unruhe und Atemnot. Wenn eine Schmerzsymptomatik bestand, so ließ sich diese bei den nicht-onkologischen Patientinnen und Patienten mit konservativen Mitteln gut behandeln. Aufgrund des häufigen Auftretens von Schluckstörungen in dieser Gruppe gewann die Frage nach einer möglichen Therapiebegrenzung besondere Bedeutung. Die Autoren heben vor dem Hintergrund dieser Befunde hervor, dass in der palliativmedizinischen Geriatrie große Unterschiede zur onkologisch geprägten, auf Schmerztherapie und Krankheitsbewältigung ausgerichteten Palliativmedizin bestehen.

Mit der Palliativversorgung ist über kurz oder lang die Frage des Sterbeprozesses verknüpft. Einer Repräsentativumfrage zufolge wünschen sich zwei Drittel der Befragten (Deutsche ab 18 Jahren) das eigene Zuhause als Sterbeort (DHPV 2012). Tatsächlich werden Sterbeorte durch soziodemografische Faktoren (Urbanisierungsgrad, Familienstand, Geschlecht) bestimmt (Oorschot u. a. 2004; Thönnes 2011; Thönnes und Jakoby 2013). Das Pflegeheim ist vorrangig Sterbeort alleinstehender älterer Frauen, während ledige oder verwitwete Männer über 59 Jahren, vor allem in dicht besiedelten Gebieten, eher im Krankenhaus versterben. Für Patientinnen und Patienten, die nicht mehr zu Hause versorgt werden können oder wollen und die zudem spezielle medizinische und pflegerische Betreuung benötigen, die ein Pflegeheim nicht vorhalten kann, sind stationäre Hospize eine wichtige Option der Gestaltung des Lebensendes. In derartigen Einrichtungen werden die Patienten Bewohner oder Gäste genannt, sie und ihre Angehörigen sollen dort zur Ruhe kommen und bis zum Ende ihres Lebens ein Stück „Normalität" leben können, insofern die Krankheit nicht immer im Mittelpunkt steht, in Notfallsituationen aber dennoch Sofortmaßnahmen ergriffen werden können, die eine Krankenhauseinweisung vermeiden helfen. Ambulante Hospizdienste leisten eine Betreuung der Sterbenden in ihrer eigenen Wohnung oder in der Wohnung von Angehörigen. Abgestimmt auf den im individuellen Fall vorliegenden Bedarf werden die Menschen von haupt- oder ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besucht, nicht selten in Ergänzung eines ambulanten (Palliativ-)Pflegedienstes (Klie und Wegner 2012). Dabei steht nicht die Pflege, sondern die Betreuung – auch der Angehörigen – im Vordergrund.

Gegenwärtig gibt es in Deutschland neben etwa 1.500 registrierten, ambulanten Hospizdiensten etwa 195 stationäre Hospize und 231 Palliativstationen. Bei großen regionalen Unterschieden dürfte der geschätzte Bedarf damit etwa zur Hälfte gedeckt sein (Borasio 2011). Die Erwartungen an die ambulante und stationäre Palliativversorgung sind hoch und beziehen sich auf eine fachlich hochwertige Pflege, soziale Integration, die Linderung von Leiden und die emotionale Unterstützung bei der Bewältigung psychischer und spiritueller Probleme (WHO 2002). Vor allem unter ethischen Gesichtspunkten werden zunehmend Ansprüche an die Respektierung subjektiver Wünsche (Lebensqualität) und Willensäußerungen eines Sterbenden erhoben. Gleichwohl ist vor allem im stationären Bereich akutmedizinischer Versorgung sterbender Menschen die Betreuung und Versorgung noch häufig durch standardisierte Maßnahmen und Abläufe charakterisiert, die der Vielfalt und Verschiedenartigkeit individueller Bedürfnisse, Anliegen und Präferenzen nicht gerecht werden. Zudem machen sie eine selbstverantwortliche Gestaltung der verbleibenden Lebenszeit unmöglich, wenn sie die Möglichkeiten der Erkrankten, die eigene Situation zu verstehen und Einfluss auf diese zu nehmen, unnötigerweise beschränken, weil sich diese mit Wahrnehmungsmustern und Handlungsschemata professioneller Akteure schwer vereinbaren lassen (Remmers und Kruse 2014).

Mit Blick auf medizinische wie auch mit Blick auf pflegerische Angebote und Methoden der Palliation sind hinsichtlich der Kontrolle beziehungsweise Linderung schwerwiegender symptomatischer Beschwerden und Probleme, welche ursächlich nicht beseitigt werden können, deutliche Fortschritte erkennbar. Zukünftige Herausforderungen bestehen in der Entwicklung qualitativ hochwertiger, evidenzbasierter Interventionsstandards und Interventionsprogramme (Borasio 2011). Die organisatorische Umsetzung von Palliative-Care-Konzepten ist nach wie vor verbesserungsbedürftig (insbesondere hinsichtlich Kooperation, Qualifizierung, Koordinierung und Kommunikation) (Pinkert 2011). Hierarchisch strukturierte Teams in onkologischen beziehungsweise palliativstationären Einrichtungen bergen ein höheres Konflikt- und Stresspotenzial (gemessen an körperlichen und nervösen Beschwerden, psychischer Erschöpfung und Müdigkeit) als die eher flachen Hierarchien in einem Hospiz (Schröder und Bänsch 2003). Gegenwärtig zeichnen sich Trends ab, die darauf schließen lassen, dass das inzwischen eigenständig ausdifferenzierte Fachgebiet Palliativmedizin mehr und mehr durch andere fest etablierte Disziplinen wie die Onkologie oder die Anästhesie vereinnahmt werden könnte (Jox 2011). Auch deshalb sind originäre Aufgaben im Kontext der Palliation deutlich zu akzentuieren und gegen Trends zunehmender Medikalisierung von Palliative Care abzugrenzen (Ewers 2005): Die Palliation zeichnet sich insbesondere durch Maßnahmen der Unterstützung der kognitiven und emotionalen Auseinandersetzung mit dem herannahenden Tod und der sozialen Gestaltung der letzten Lebensphase aus.

Der im Deutschen Bundestag am 17. Juni 2015 in erster Lesung behandelte Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland[42] steht unter der Zielsetzung, den Hospiz- und Palliativgedanken in der Regelversorgung stärker zu verankern und in dem Zuge insbesondere die Kooperation unterschiedlicher Professionen zu fördern sowie regionale Unterschiede auszugleichen. So sollen die im ländlichen Raum verfügbaren Leistungsangebote ausgebaut werden. Auch wenn die finanzielle Ausstattung stationärer Hospize in vielen Regionen gut ist, werden insbesondere in ländlichen Regionen Hospize von den Krankenkassen nicht immer in ausreichendem Maße kofinanziert. Um die regionalen Vergütungsunterschiede bei der Finanzierung von Hospizen auszugleichen, soll der kalendertägliche Mindestzuschuss für stationäre Hospize von 7 auf 9 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (von derzeit 198,45 auf 255,15 Euro) erhöht werden. Generell soll die Anzahl qualifizierter Pflegekräfte mit hinreichender Berufserfahrung erhöht und die Schulungsangebote für Ärzte und Pfleger ausgebaut werden. Ferner sollen im Kontext der Sterbebegleitung erbrachte Leistungen besser abgerechnet werden können. Das Angebot der Pflegeeinrichtungen soll des Weiteren um Leistungen ehrenamtlicher Hospize ergänzt werden. Bezüglich der Finanzierung von Hospizen verpflichtet der Gesetzentwurf die Krankenkassen, künftig 95 statt 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten von stationären Hospizen zu übernehmen. Im Zusammenhang mit der Ankündigung der Gesetzesinitiative wurde von der Deutschen Stiftung Patientenschutz kritisch angemerkt, die Erhöhung der Finanzierungsquote von 90 auf 95 Prozent werde kein einziges neues Bett schaffen und Hospize blieben damit weiterhin „Inseln der guten Versorgung“ für eine vergleichsweise kleine Anzahl an Sterbenden pro Jahr. Als Option ins Gespräch gebracht wurde in diesem Zusammenhang auch die generelle Einführung der Pflegestufe für Sterbende mit einer Orientierung an den Kosten stationärer Hospize, für die allerdings ein Milliardenbetrag notwendig wäre.

---

42 http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/hpg-bundestag.html (Zugriff am 17. Juli 2015).

Über bestehende Angebote sollen Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen zudem besser – individuell und detailliert – informiert werden. Die gesetzlich vorgeschriebene Beratung müsse die medizinischen Abläufe stärker am Wunsch und Willen des Patienten ausrichten, Notfallszenarien durchspielen sowie Hilfen und Angebote auf dem Feld von Palliativmedizin, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung aufzeigen. Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung sind vielen potenziellen Nutzern nicht oder nur unzureichend bekannt. Entsprechend ist der im Gesetzentwurf zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung formulierte Anspruchs auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans gegenüber den Krankenkassen als Fortschritt zu werten. Es wird dazu eine enge Zusammenarbeit mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie anderer Beratungsstellen (z. B. kommunaler Servicestellen) vorgeschrieben.

Das Eckpunktepapier der Regierungsfraktionen (Gröhe u. a. 2014), aus dem der genannte Gesetzentwurf hervorgegangen ist, betont, dass die palliativmedizinische vertragsärztliche Versorgung bereits zum 1. Oktober 2013 durch den neuen Abschnitt „Palliativmedizinische Versorgung" im hausärztlichen Bereich des einheitlichen Bewertungsausschusses gestärkt worden sei: Palliativpatienten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass hierdurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben bereits Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Mit dieser von ambulanten Teams – sogenannten Palliative-Care-Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal – in enger Zusammenarbeit mit Hospizdiensten zu erbringenden Leistung solle dem Wunsch schwerstkranker Menschen entsprochen werden, nach Möglichkeit in der eigenen häuslichen Umgebung in Würde zu sterben. Die Stärkung der palliativmedizinischen vertragsärztlichen Versorgung erfolgt dabei auch mittels der Förderung von Vernetzung und Kooperation durch finanzielle Anreize: Um Leistungen der Palliativversorgung auch weiterhin abrechnen lassen zu können, müssen Ärzte besondere Qualifikationsanforderungen erfüllen, etwa indem sie sich im Kontext von Netzwerkarbeit und/oder einem gemeinsamen Fallmanagement mit anderen Leistungserbringern (z. B. ambulanten Hospizdiensten) engagierten. Leistungen der SAPV kommen dann infrage, wenn eine ausreichende Symptomkontrolle durch die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) nicht geleistet werden kann oder die notwendigen Leistungen die fachlichen und zeitlichen Kapazitäten der AAPV übersteigen. Verwiesen sei an dieser Stelle auf die Gefahr, dass die AAPV durch eine zunehmende Rationierung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege in der Fläche behindert wird, was durch eine Etablierung der SAPV nur in Teilen kompensiert werden kann.

6.8 Ausblick

Wer an Gesundheit im Alter denkt, der assoziiert damit oft Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Therapeuten, Pflegeheime oder ambulante Pflegedienste. In den letzten Jahren ist allerdings immer deutlicher geworden, dass gesundheitliche Versorgung gerade im Alter mehr braucht: Zum einen das patientenorientierte integrierte Zusammenspiel aller Versorgungsakteure, zum anderen sozialräumliche Lebensumwelten, die eine verbesserte Gesunderhaltung, Heilung oder Pflege erleichtern und unterstützen. Stichworte wie Integrierte Versorgung, vernetzte Gesundheit, Gesundheitsstandort, Haushalt, Quartiersorientierung deuten auf diesen Wandel der Leitbilder hin. Optimierungsmöglichkeiten für eine bessere gesundheitliche Versorgung ergeben sich nicht nur auf der Ebene der Leistungserbringung oder Prozessgestaltung, sondern sie beziehen sich zunehmend auf die lokale Ebene und insbesondere das Versorgungsdesign vor Ort.

Es sind mit Blick auf die Sicherung einer guten gesundheitlichen Versorgung alter Menschen regionale Planungsstrategien besonders wichtig, die zunächst einmal darauf zielen, ein ausreichendes Angebot an haus- und fachärztlichen Diensten sicherzustellen. Hier kann auch durch die Schaffung neuer oder Erweiterung vorhandener Gesundheits- und Assistenzberufe beziehungsweise die berufsübergreifende Kooperation eine Entlastung der Ärzte erreicht werden, die Koordination und Integration der Versorgung verbessert und damit eine abnehmende Dichte des Versorgungsnetzes in Teilen kompensiert werden. Solche regionalen Planungsstrategien erfordern eine deutlich höhere Gestaltungskompetenz der Kommunen, als diesen derzeit gegeben ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten im Grunde nicht ohne Mitwirkung der Kommunen und Kreise ein Planungskonzept für die Niederlassung von Haus- und Fachärzten entwickeln. Zudem sollten Kommunen, dabei unterstützt von den Ländern, Konzepte entwickeln, durch die zusätzliche Anreize zur Niederlassung von Haus- und Fachärzten in ihrer Region geschaffen werden; hier erweist sich möglicherweise auch die enge Kooperation zwischen einzelnen Kommunen als zielführend. Bei der Entwicklung von Planungskonzepten ist besonderes Gewicht auf die aktuell gegebene Bevölkerungsstruktur wie auch auf realistische Szenarien der weiteren Bevölkerungsentwicklung in der

Kommune wie auch im Landkreis zu legen. Dabei sind die zunehmende Diversität der älteren Bevölkerung und die Bedarfe besonders vulnerabler Gruppen zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist der Implementierung telemedizinischer Kommunikationsmöglichkeiten auch in strukturell benachteiligten Regionen großes Gewicht beizumessen, wobei die Information von Haushalten beziehungsweise Personen über derartige telemedizinische Kommunikationswege wie auch deren Unterstützung bei der Nutzung der Telemedizin als bedeutende Komponenten der Implementierung zu werten sind (Brokmann u. a. 2014; Metelmann u. a. 2014). Es hat in Deutschland in den letzten Jahren eine Vielzahl von Projekten zur Techniknutzung für die Gesundheit gegeben, die kurzfristig interessante Lösungswege aufzeigten, allerdings oft nach einigen Jahren verblassten oder aufgegeben wurden. Die Gründe für diese Innovationsprobleme sind vielfältig: Neben der Vielfalt technischer Einzellösungen und der mangelnden Integration in interoperable Konzepte fehlte häufig auch die Akzeptanz bei Patientinnen und Patienten und professionellen Anwendern beziehungsweise die Berücksichtigung ihrer Perspektive in der Entwicklung solcher Konzepte. Mit besonderen Problemen ist auch die Identifikation nachhaltiger tragfähiger Finanzierungskonzepte verbunden.

Sehr wichtig, gleichwohl vielfach vernachlässigt, sind hochdifferenzierte Konzepte sozialer Begleitung und Beratung, die darauf zielen, jene Personengruppen, bei denen Barrieren einer Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (wie auch weiterer Leistungen der gesundheitlichen Versorgung) bestehen, zu motivieren und darin zu unterstützen, im Versorgungsfall ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dies bedeutet übrigens in vielen Fällen auch, medizinischen Behandlungsbedarf und medizinische Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und dabei auch ausdrücklich auf das Recht hinzuweisen, ärztliche Leistungen einzufordern.

Um in den nächsten Jahren gerade in ländlichen Räumen drohende Versorgungslücken zu vermeiden, sind bereits heute Vorkehrungen zu treffen. Eine angemessene Versorgungsplanung muss dabei kleinräumig, gemeindespezifisch vorgenommen werden und auf der Grundlage empirischer Bedarfsplanungen mögliche Bereiche von Unter-, Fehl- und Überversorgung gleichermaßen in den Blick nehmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss als das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Deutschlands und die Kassenärztlichen Vereinigungen tragen hier gleichermaßen Verantwortung. Der Gesetzgeber sollte den Gemeinsamen Bundesausschuss auf die Prämisse einer gleichmäßigen Versorgungsdichte und Versorgungsqualität in ganz Deutschland verpflichten. Des Weiteren sind die Möglichkeiten der Kommunen und Landkreise, auf die Bedarfsplanung und das Niederlassungsverhalten von Ärzten Einfluss zu nehmen, zu stärken. Hier sollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass die kommunale Ebene mit hinreichenden Mitwirkungsbefugnissen in den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen vertreten ist. Nur mit ihrer Unterstützung können Versorgungslücken rechtzeitig erkannt, effizient geschlossen und in der Zukunft verhindert werden. Den kommunalen Spitzenverbänden sollten im Rahmen der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Beschlussgremien auf Bundesebene, etwa des Gemeinsamen Bundesausschusses, substanzielle Mitwirkungsbefugnisse eingeräumt werden. Auch die Übernahme einer aktiven Rolle in der Gesundheitsversorgung sollte jenen Kommunen weiter als bisher eröffnet werden, in denen die ärztliche Versorgung durch die KV nicht (mehr) sichergestellt werden kann.

Die in Zukunft für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung erforderlichen Vernetzungs-, Koordinations- und Integrationsleistungen können nur im Rahmen eines dezentralisierten Gesundheitswesens erbracht werden. Kommunen können – als die einem gebietsbezogenen Ansatz verpflichteten Akteure – im Vergleich zu jenen Akteuren, die stärker einer sektoralen Logik folgen, (a) eher eine sachgerechte, zeitnahe und bürgernahe Versorgung, die den spezifischen örtlichen Bedingungen Rechnung trägt, garantieren. Sie können (b) durch eine bessere Vernetzung der Versorgungsangebote und der Akteure im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich dazu beitragen, dass ein Mehr an Effizienz und Qualität erreicht wird. Für die Zuordnung von Koordinierungsaufgaben in der Gesundheitsversorgung an die Kommunen spricht nach Burgi, dass Kommunen am besten in der Lage sind, Koordinierungsergebnisse an die in den einzelnen Feldern verantwortlichen Träger weiterzugeben: „Die Kommunen sind als einzige infrage kommende Einheit vielfach selbst verantwortlicher Träger und sie besitzen bereits in mehreren Feldern Koordinierungskompetenzen“ (Burgi 2013: 118).

Unabhängig von der Regelung von Zuständigkeiten für die Bedarfsplanung kann sich die Sicherstellung der medizinischen Versorgung an zwei einander nicht notwendigerweise ausschließenden Handlungsoptionen orientieren: Zum einen kann versucht werden, die Versorgung (weiterhin) dezentral zu organisieren und Anreize (z. B. Investitions- und Honorarzuschüsse, Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Praxisstandort, nach Wohnraum sowie nach Kinderbetreuungsmöglichkeiten etc.) zu schaffen, die eine (zumindest zeitweise) hausärztliche Versorgung vor Ort garantieren. Zum anderen kann versucht werden, medizinische Leistungen an einem zentralen Ort zu konzentrieren (z. B. durch die Etablierung von Arztnetzwerken, Medizinischen Versorgungszentren etc.).

Der Bundesgesetzgeber muss die berufsgruppenübergreifend ausgerichtete Primärversorgung in den Mittelpunkt der medizinischen Versorgung rücken. In diesem Zusammenhang müssen auch die Möglichkeiten, ärztliche Tätigkeiten zu delegieren und zu substituieren, deutlich erweitert werden.

7. Sorge und Pflege

Die Sorge für und die Pflege von älteren Menschen ist eine der großen gesellschafts- und sozialpolitischen sowie kulturellen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte. Die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen steigt, die für die Versorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen gehen zurück, sowohl in den die Hauptaufgaben der Pflege und Sorge bislang leistenden Familien als auch im professionellen Sektor: Der Fachkräftemangel wird auch und gerade die Langzeitpflege treffen und tut dies bereits. Zudem gibt es im Kontext von Sorge und Pflege eine zum Teil dramatische Diskrepanz zwischen dem Fachwissen in den Disziplinen der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Sozialen Arbeit auf der einen Seite und der alltäglichen Praxis auf der anderen Seite. Dies führt nicht nur zur Verletzung fachlicher Standards, sondern auch zur alltäglichen Gefährdung von Menschenrechten der auf Pflege angewiesenen Menschen, sowohl in ihrer eigenen Häuslichkeit als auch im Heim. Eingebettet ist das Thema der Versorgung der auf Pflege angewiesenen Menschen in ausgeprägte Ambivalenzen der Gesellschaft zu den Themen, die mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit assoziiert werden: Verlust von Selbstbestimmung, Angewiesenheit auf fremde Hilfe, Einbußen in der mentalen und physischen Leistungsfähigkeit. Verbunden ist das Thema schließlich mit Fragen der fairen Verteilung von Sorge- und Pflegeaufgaben in der Gesellschafts- und Geschlechterordnung.

Die Antworten auf die Herausforderungen verlangen Anstrengungen von der gesamten Gesellschaft. Gute Pflege und Sorge braucht vielerlei: professionelle Unterstützung, bedarfsgerechte und leistungsfähige Infrastrukturen vor Ort und Rahmenbedingungen, die ein Ineinandergreifen von familiären, nachbarschaftlichen, professionellen und anderen beruflichen Hilfen ermöglichen und befördern. Dieses Ineinandergreifen geschieht vor Ort. Wie es im Rahmen einer lokalen Pflegepolitik befördert werden kann, steht im Vordergrund der Befassung der Kommission mit Fragen der Pflege und Sorge. Die aktuellen Debatten und pflegepolitischen Vorhaben um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, die gemeinsame Ausbildung für Pflegeberufe, das Hospiz- und Palliativgesetz und der Fachkräftemangel stehen als solche nicht im Fokus des Berichtes, sondern werden vor allem in ihrer Bedeutung für eine lokale Politik der Sorge und Pflege thematisiert.

In diesem Kapitel werden zunächst die Anforderungen an gute Pflege und Sorge – abgeleitet aus einem menschenrechtlichen Verständnis von Pflegebedürftigkeit und fachlichen Wissensbeständen – beschrieben, bevor die aktuelle Versorgungssituation von auf Pflege angewiesenen Personen dargelegt wird. Dabei ist ein Augenmerk darauf zu richten, wo die für eine gute Pflege und Sorge erforderliche Fachlichkeit verwirklicht wird und ob die professionellen Rollen und Aufgaben richtig verortet werden. Ressourcenprobleme sowohl in der fachlichen als auch in der informellen Sorge und Pflege gilt es ebenso zu identifizieren wie Fehlsteuerungen im Sozialleistungsrecht.

Mit Hilfe der inzwischen häufiger angewandten Szenarientechnik werden unterschiedliche mögliche künftige Entwicklungen und die für sie maßgeblichen Einflussfaktoren in den Blick genommen. Es geht dabei nicht um Prognosen im Sinne von präzisen Voraussagen künftiger Entwicklungen, sondern um eine an die jeweiligen regionalen Bevölkerungsdaten angepasste empirische Berechnung möglicher und beeinflussbarer Entwicklungsdynamiken. Dem Thema der beruflichen Pflege und den mit ihm verbundenen Herausforderungen wird ebenso Raum gegeben wie dem Thema der unbezahlten Sorgearbeit (Familienpflege) und dem der „Migrant Carers“, den häufig aus Osteuropa stammenden migrantischen Sorgearbeiterinnen. Das Kapitel mündet in eine von wohlfahrtspluralistischen Konzepten geleitete Diskussion von Strukturen der Unterstützung und Entwürfen für eine Pflegepolitik, die auf ein neues Miteinander von Sozialversicherung und Kommunen setzt. Insgesamt zielt das Kapitel darauf, Vorstellungen eines guten Lebens unter Bedingungen der Verwiesenheit auf Hilfe zu vermitteln und Konzepte einer Pflege- und Sorgestruktur und -kultur vorzustellen, die sich vor Ort realisieren. Dabei spielt die Verlagerung von Verantwortung auf die kommunale Ebene eine zentrale Rolle.

7.1 Aktuelle Diskurse zu Pflege und Sorge

Soll „Pflege und Sorge“ als Thema örtlicher Politik und zivilgesellschaftlicher Diskurse gestärkt werden, ist darauf zu achten, dass Menschen mit Unterstützungsbedarf immer auch in ihren sozialen und individuellen Sinnbezügen und Ressourcen wahrgenommen und angesprochen werden. Wie in den Pflegewissenschaften betont, dürfen Menschen nicht auf den „Pflegefall“ reduziert werden. Von einer defizitorientierten Betrachtung ist der noch geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff geprägt – mit Auswirkungen auf die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Bedarfe, wie in dem Forschungsprojekt zum persönlichen Pflegebudget gut gezeigt werden konnte (Blinkert

2011). Aber auch auf die Wahrnehmung „Pflegebedürftiger“ in der Öffentlichkeit und im gesellschaftlichen Diskurs nimmt das durch die Pflegeversicherung geprägte Verständnis Einfluss. Nicht nur die moderne Pflegewissenschaft, sondern auch die dem Prinzip der Lebensweltorientierung (Büscher und Klie 2012) verpflichtete Sozialarbeitswissenschaft sowie ein von Teilhabe geprägtes Verständnis von Pflegebedürftigkeit als eine alterstypische Ausprägung von Behinderung unterstreichen, dass Menschen mit Pflegebedarf von ihren Funktionsfähigkeiten sowie von ihren Teilhabebedarfen und -wünschen her zu verstehen sind. Pflege hat der Sicherung der Teilhabe zu dienen. Eine solche Sichtweise lädt ein, das Konstrukt der Pflegebedürftigkeit in seiner Anlage und Funktion zu überdenken. Ansatzweise konnten Teilhabedimensionen in den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aufgenommen werden. Durch die Erweiterung der Leistungen der Pflegeversicherung und ihre Flexibilisierung wird das bislang enge Verständnis von Pflegebedürftigkeit ebenfalls etwas weiter gefasst.

Der Sorgebegriff, dem im Kommissionsbericht neben dem der Pflege eine eigene Bedeutung beigemessen wird, ist mehrdimensional. Er spricht auf der einen Seite die Beziehungsdimension zwischen Menschen an: füreinander und sich umeinander sorgen. In Situationen der Verwiesenheit auf Unterstützung durch andere wird die Sorge durch den anderen existenziell. Sorge ist nicht auf Formen pflegerischer Unterstützung beschränkt, sondern bezieht die Breite der (gegenseitigen) Unterstützung in der Alltags- und Lebensgestaltung ein (Klie und Wendt 2014). Was im Alltag tatsächlich geschieht und was dem Betroffenen wichtig ist (Zugehörigkeit, Teilhabe) (Krank u. a. 2008) kommt in den Blick und damit der Ort, das soziale Umfeld, die Lebenslage insgesamt und die Gegenseitigkeit, die die Sorge durch auf Pflege angewiesene Menschen mit einschließt: Auch sie können Sorgende sein. Auf der anderen Seite lädt der Sorgebegriff und die mit ihm verbundene und inzwischen entfaltete Diskussion (vgl. die Abschnitte 3.3 und 3.4 in diesem Bericht) dazu ein, die tatsächliche Verteilung von Sorgeaufgaben in der Gesellschaft – im Geschlechter- und Generationenverhältnis – zu betrachten. Die Bedeutung der professionellen Pflege im Kontext der Sorge wird eher als Haltung denn als Dienstleistung, und damit als Bemühen um Wohlbefinden und gutes Leben verstanden (Heller und Schuchter 2014). Diese Sichtweise gewinnt in einer Zeit immer stärkerer Reglementierung und Ökonomisierung des Pflegegeschehens in Diensten und Einrichtungen an Relevanz.

In einem subsidiär angelegten Gesellschaftsverständnis werden Fragen der Alltags- und Lebensgestaltung sowie der Sorge der Bürgerinnen und Bürger füreinander auch – aber nicht nur – als Angelegenheit der kleinen Lebenskreise gesehen, für die der Staat Rahmenbedingungen zu erhalten und gegebenenfalls neu zu gestalten sowie insgesamt zu gewährleisten hat. Dabei gilt es unter Bedingungen einer modernen Gesellschaft im sozialen und demografischen Wandel den unterschiedlichen Figurationen (Elias 1987), dem Geflecht der Angewiesenheiten von Menschen aufeinander, ihrer Interdependenzen, die sie aneinander binden, ebenso nachzugehen, wie den wohlfahrtspluralistischen Arrangements mit ihren unterschiedlichen Modi von Sorge- und Pflegetätigkeiten, die sich, wenn es gut geht, gegenseitig ergänzen und bedingen. Das Leitbild der „geteilten Verantwortung“ (Evers und Olk 1996) als Vorstellung und Praxis eines gelingenden Welfare-Mixes – dem Zusammenwirken von familiärer, nachbarschaftlicher, professioneller und beruflicher sowie auf freiwilligem Engagement beruhender Unterstützung – wird als Orientierung verfolgt, wenn es analytisch darum geht, die Wirklichkeit von Pflege und Sorge in den Blick zu nehmen und strategisch auf ein Ineinandergreifen der unterschiedlichen Hilfen im Mix hinzuwirken. Wie der Sozialstaat die kleinen Lebenskreise in ihrer Sorgefähigkeit unterstützt, in welchem Umfang er Dienstleistungen der Unterstützung finanziert, welche Mixturen von Hilfen und welche Sorgearrangements er fördert, ist eine politische Entscheidung, die in europäischen Sozialstaaten höchst unterschiedlich getroffen wurde (Blinkert 2013). Auch für die deutsche Pflegeversicherung werden unterschiedliche Modelle diskutiert – sie reichen von einer vollständigen Absicherung (Lüngen 2012) über private Vorsorge bis zur Orientierung an skandinavischen Modellen, die recht umfangreiche Einkommensersatzleistungen für pflegende Angehörige vorsehen (Heintze 2012).

Auf lokaler Ebene gilt es unter zum Teil höchst unterschiedlichen Bedingungen, ein gutes Leben für Menschen mit pflegerischen und anderen Unterstützungsbedarfen zu ermöglichen. Die sozialstaatlichen Vorgaben für die Pflegeversicherung müssen sich an ihren Wirkungen vor Ort und ihrer Eignung zur Unterstützung lokaler Antworten auf Herausforderungen der Pflege und Sorge messen lassen. Darauf verweist die Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung (CDU, CSU und SPD 2013) und erteilt den Prüfauftrag, Wege zu einer Stärkung der Kommunen in der Pflegeversicherung zu identifizieren. Der Bericht der Siebten Altenberichtskommission versteht sich auch als ein Beitrag zu dieser Debatte.

7.2 Anforderungen an Pflege und Sorge: Von einem medizinischen zu einem menschenrechtlichen Pflegeverständnis

Nachdem lange Zeit ein medizinisch geprägtes, auf somatische Funktionseinschränkungen abhebendes Verständnis von „Pflegebedürftigkeit“[43] leitend war, weitet und öffnet es sich für Aspekte sozialer Teilhabe vulnerabler Personengruppen mit gesellschaftlichen und sozialrechtlich relevanten Hilfebedarfen. Damit wird eine menschenrechtliche Sichtweise gestärkt (vgl. etwa in den Medien: Heidenreich 2015). Die Behindertenrechtskonvention verhilft diesem menschenrechtlichen Behinderungsbegriff (Degener 2010) zum Durchbruch und problematisiert zugleich Formen der Medikalisierung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit.

Das sozialrechtliche Konstrukt der Pflegebedürftigkeit knüpft sozialstaatliche Leistungsberechtigungen an mit Vulnerabilität verbundene Funktionseinschränkungen. Normative Maßstäbe für ein gutes oder zumindest würdeverträgliches Leben unter Bedingungen von Vulnerabilität finden sich vielfältig: im deutschen Recht, in der fachwissenschaftlichen Diskussion um Teilhabe und in der Debatte um Lebensqualität.

Unter rechtlichen Vorzeichen sind es zunächst die Grundrechte und ihnen voran gestellt der Achtungsanspruch der Würde des Menschen aus Artikel 1 GG, die sich in zahlreichen einzelgesetzlichen Zielformulierungen wiederfinden, etwa mit § 1 SGB XII, § 2 SGB XI sowie den Landesgesetzen zum Heimrecht (Margalit 2012), dort aber jeweils weithin unbestimmt bleiben. Ex negativo lässt sich Würde präzisieren als eine Lebenssituation, die frei ist von Demütigungen. Eine Gesellschaft ist dann anständig, wenn ihre Institutionen Menschen nicht demütigen (Heidenreich 2015). Demütigungen äußern sich in der Verletzung der Selbstachtung, dem Entzug von Selbstkontrolle und dem Ausschluss aus der menschlichen Gesellschaft. Zu einem modernen Würdekonzept gehören Respekt vor der Privatheit und den Rückzugsbedürfnissen des Individuums, die Beachtung von Grundrechten und die erlebte Zugehörigkeit in persönlich bedeutsamen Zusammenhängen (Teilhabe) (Klie 2014a). Die große fachliche und gesellschaftliche Aufgabe heute und in Zukunft liegt in der Entwicklung würdiger Lebensbedingungen für vulnerable alte Menschen, die in früheren Zeiten keineswegs selbstverständlich gegeben waren – weder in Institutionen noch in Familien (Hämel 2012).

Die Sicherung von Selbstbestimmung und Teilhabe ist rechtlich und gesellschaftlich von großer Bedeutung. An diesen Maßstäben hat sich eine gute Pflege und Sorge zu messen. Auch die Behindertenrechtskonvention, die ihre Geltung für alle dauerhaft auf Pflege angewiesenen Menschen (Pflegebedürftige) entfaltet und den Rang eines einfachen Gesetzes in der deutschen Normhierarchie einnimmt, konkretisiert den Menschenrechtsbezug in einer Weise, die Anpassungsbedarf im deutschen Recht auslöst. Mit dem Inklusionsversprechen auch für „Pflegebedürftige“ der Behindertenrechtskonvention wird sowohl ein menschenrechtliches als auch ein teilhabeorientiertes Verständnis von Behinderung – mit dem besonderen Aspekt der Verwiesenheit auf Pflege (= Pflegebedürftigkeit) – in den Vordergrund gerückt. Diese hier zunächst aus rechtlichen Vorgaben abgeleiteten Anforderungen an eine gute Pflege und Sorge finden ihre Entsprechung und Konkretisierung in dem bereits im Kapitel 2 entfalteten Capabilities Approach von Martha Nussbaum (2001) mit den Dimensionen der körperlichen Integrität, der Emotion und Geselligkeit, der Partizipation, des Für-sich-Seins, dem Kontakt zur Natur und zum Spiel, der stets die Hilfe Empfangenden auch die Hilfe Gebenden anspricht.

7.3 Anforderungen an die Qualität von Pflege und Sorge

Fachliche Standards haben in der Qualitätsdebatte in der Langzeitpflege eine wichtige Bedeutung erlangt. Sie bilden die Grundlage für die weitgehenden Kontrollen und Qualitätsprüfungen in Einrichtungen und Diensten der Langzeitpflege (zur Kritik vgl. Behrens u. a. 2012). In der pflegewissenschaftlichen Auseinandersetzung sind es nicht nur die in den Qualitätsprüfungen besonders gewichteten Standards (etwa: Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege), die die Güte professionellen Handelns und die Qualität der Pflege und Sorge bestimmen. Zu den für gute Pflege und Sorge maßgeblichen Dimensionen gehören aus pflegewissenschaftlicher Perspektive

- die für Pflegebedürftige relevanten Entwicklungen der gesundheitlichen Situation und der Grad der Abhängigkeit von fremder Hilfe, die sich durch therapeutische, pflegerische, aber auch soziale Unterstützung beeinflussen lässt (vgl. Kapitel 6 in diesem Bericht),

[43] Pflegebedürftigkeit ist kein wissenschaftlicher Begriff. Der Begriff ist in Aushandlungsprozessen entstanden, in denen es um die Art und den Umfang von zu gewährenden Leistungen geht.

- die Aushandlung und Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen, die die individuellen Präferenzen und Ressourcen pflegebedürftiger Menschen und die Koordination von Hilfen sicherstellt – mit Hilfe von Instrumenten der Pflege- und Hilfeplanung und Beratung,
- die objektiven und subjektiven Parameter der Lebensqualität.

Die örtliche Verfügbarkeit einer bedarfsgerechten, vielfältigen und gut abgestimmten Sorge- und Pflegeinfrastruktur unter Einbeziehung aller relevanten Akteure auf der kommunalen und sublokalen Ebene wird im Kontext der Daseinsvorsorge als eine der zentralen Anforderungen verstanden. Die Verpflichtung zur wohnortnahen Vorhaltung von Infrastrukturen der Pflege ergibt sich sowohl aus dem Pflegeversicherungsrecht, § 12 Abs. 1 SGB XI, dezidierter allerdings aus den jeweiligen Landespflegegesetzen und allgemein aus der Verantwortung der Kommunen für die Daseinsvorsorge (vgl. Kapitel 2 in diesem Bericht). Die Aufnahme dieser normativen Anforderungen an gute Pflege und Sorge kennt zahlreiche Adressaten:

- die An- und Zugehörigen (Freundeskreis, Nachbarschaft) in ihrer privaten Sorgeverantwortung,
- zivilgesellschaftliche Rollenträger advokatorischer Aufgaben wie Bevollmächtigte, gesetzliche Betreuer, Ombudspersonen, Heimbeiräte,
- die Professionellen in der Realisierung ihrer professionellen Standards und der Beachtung und Realisierung von Menschenrechten als Ausdruck ihrer jeweiligen Berufsethik,
- die Institutionen, die sich an der Gewährung und Realisierung von Hilfeleistungen beteiligen, von den Kostenträgern bis hin zu den Leistungserbringern samt ihren Verbänden: Sie lösen ihre jeweilige Qualitätsverantwortung – durch Einräumung von Leistungsansprüchen und Erbringung qualitätsgesicherter Leistungen – ein,
- der Verbraucherschutz und die Selbsthilfeorganisationen sollen Maßstäbe guter Sorge und Pflege profilieren und auf deren Einhaltung achten.

Die Umsetzung der oben beschriebenen Anforderungen und die Sicherung der Qualität sind Gemeinschaftsaufgaben. Die Delegation der Qualitätsverantwortung an Agenturen der Sozialadministration stellt sich keineswegs als wirksame und rechtlich erschöpfende Qualitätssicherung in Pflege und Sorge dar, auch wenn auf wirksame Kontrollen angesichts der immer noch weit über den Einzelfall hinausgehenden Missstände in Pflegeheimen (Fussek und Schober 2013) nicht verzichtet werden kann. Für die Infrastruktur tragen – auch unter Bedingungen eines wettbewerbsorientierten Marktgeschehens in der Pflege – die Kommunen und die Leistungsträger die Sicherstellungsverantwortung, die nur durch Good Governance eingelöst werden kann, da es an klassischen Planungsinstrumenten und -kompetenzen zumeist ebenso fehlt wie an einer Alleinzuständigkeit eines Akteurs.

Der in den letzten Jahren erfolgte quantitative und qualitative Ausbau der Pflegeinfrastruktur im Sinne innovativer, quartiersbezogener und wohnortnaher Versorgungskonzepte (SONG 2011) konnte die skizzierten Anforderungen an ein bedarfsgerechtes und menschenrechtlich orientiertes sowie teilhabeorientiertes Sorge- und Pflegesystem bei weitem noch nicht überall erfüllen. Es zeigen sich folgende Probleme:

- Die vielfältigen, überwiegend gesetzlich geregelten, Qualitätsanforderungen (etwa Heimaufsicht und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) entsprechen in ihrer Ausrichtung (Konzentration auf handwerkliche Aspekte der Pflegequalität) in nur sehr eingeschränkter Weise den dargelegten Anforderungen. Sie werden in ihrer auf die Überprüfung von schriftlichen Unterlagen und Dokumentationen hin ausgerichteten Anlage ebenso scharf kritisiert, wie mit Blick auf den durch die Qualitätsanforderungen provozierten bürokratischen Aufwand (Klie und Theda 2014). Die öffentlich kommunizierten Ergebnisse von Qualitätsprüfungen können nicht als Abbild einer entfalteten Versorgungsqualität gewertet werden (Klie und Stoffer 2011). Wenn sie nicht zugunsten fallbezogener Assessments und Interventionen aufgegeben werden, gilt es sie konsequent mit den Qualitätsmanagementaktivitäten der Einrichtungen und Dienste zu verschränken (Wallrafen-Dreisow und Weigel 2007).
- Eklatant sind Befunde zu verbreiteten Fehlmedikationen mit Psychopharmaka sowohl im ambulanten als auch stationären Versorgungsbereich (Gräßel u. a. 2013). Freiheitsentziehende Maßnahmen – sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich – sind auch 22 Jahre nach Inkrafttreten des Betreuungsrechts und trotz entsprechender fachlicher Erkenntnisse über ihre Schädlichkeit sowie vielfältiger Anstrengungen zu ihrer Vermeidung vielerorts immer noch in unangemessener Weise verbreitet (Schuhmacher 2014; Brucker 2011).

- Eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Infrastruktur ist in Deutschland bei weitem nicht gegeben. Gerade in ländlichen Regionen sind zunehmend Erscheinungsformen der Unterversorgung zu beklagen.
- Die steigende Zahl von transnationalen Pflegekräften und Haushaltshilfen in Pflegehaushalten (115.000-330.000) (ver.di 2013) verweist darauf, dass vielfach weder das informelle noch das formelle System von Hilfen den Bedarfen der Betroffenen befriedigend entsprechen. Das „Teilkaskosystem" der Pflegeversicherung führt notwendigerweise dazu, dass nicht alle Bedarfe durch Sozialleistungen gedeckt werden (vgl. Vorschläge zu einem Vollkaskosystem: ver.di 2012), insofern nicht eine Sozialhilfeberechtigung vorliegt.
- Insbesondere bei Personen, die mit ihrem Einkommen knapp über der Grundsicherung liegen, sowie bei denen, die Grundsicherung oder Hilfe zur Pflege nicht beantragen, entstehen prekäre Situationen mit relevantem unbeantworteten Hilfe- und Pflegebedarf. Die Kluft zwischen Pflegebedarf und den Leistungen der Pflegeversicherung ist seit ihrer Einführung durch fehlende beziehungsweise nicht ausreichende Anpassung der Leistungen deutlich gestiegen (Rothgang 2015).
- Es fehlt weithin an sozialer Aufmerksamkeit, an übergreifender Bedarfsfeststellung, an der sektoren- und professionsübergreifenden Koordination und Abstimmung von Leistungen (Hoberg und Klie 2015).

Ein über die Verbesserung und Nachjustierung der bestehenden Pflegeversicherung hinausgehender politischer Handlungsbedarf ist auf allen Ebenen – Bund, Länder und Kommunen – aber auch in der Zivilgesellschaft gegeben. Über 50 Prozent der Bevölkerung im Alter von über 40 Jahren haben in ihrem persönlichen Nahumfeld Erfahrungen mit Aufgaben der Sorge und Pflege gesammelt (Blinkert 2013). Gleichzeitig ist die Besorgnis verbreitet, dass für einen selbst, im Falle der Verwiesenheit auf fremde Hilfe, nicht hinreichend gesorgt sei. Das Thema Sorge und Pflege ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Dies kann als eine gute Voraussetzung für eine breite Verankerung des Themas in der Öffentlichkeit – vor allem vor Ort – interpretiert werden (Klie 2014b). Die Sicherung von Pflege und Sorge verlangt gleicherweise nach sozialpolitischen, kulturellen und gesellschaftlichen Anstrengungen, die sich in ihren Wirkungen jeweils vor Ort zeigen.

7.4 Die Ausgangslage in Zahlen

Die aktuelle Versorgungslage bei auf Pflege angewiesenen Menschen lässt sich zum einen aus der Pflegestatistik ablesen. Laut Pflegestatistik waren 2013 2,6 Mio. Menschen als pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI eingestuft (Statistisches Bundesamt 2015a). Die Mehrheit waren Frauen (65 Prozent), 83 Prozent der Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung waren 65 Jahre und älter, 37 Prozent 85 Jahre und älter. Zwei Drittel der Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung wurden zu Hause versorgt. Ihre Zahl ist gegenüber 2009 leicht gestiegen. Etwa 1,24 Mio. Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung erhielten ausschließlich Pflegegeld und wurden somit zu Hause versorgt. Weitere 616.000 lebten ebenfalls in Privathaushalten, wobei die Pflegeaufgaben zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste erbracht wurden. Zu dieser Zahl gehören auch die in ambulanten Settings versorgten Personen, etwa in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. 29 Prozent der Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung wurden in Pflegeheimen vollstationär versorgt; das entspricht 764.000 Menschen. 35 Prozent der Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung wiesen eine sogenannte erheblich eingeschränkte Alterskompetenz (§ 45a SGB XI) auf und gehörten damit überwiegend zu der Gruppe der Menschen mit Demenz. Die Zahl der Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung ist gegenüber 2011 um 5 Prozent gestiegen. Dabei nahm die Zahl der zu Hause Versorgten deutlicher zu als die der im Heim Lebenden. Bezieht man die Steigerungsraten auf das Vergleichsjahr 1999, ist die Anzahl der in Heimen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen um 30,8 Prozent, bei denen von ambulanten Pflegediensten Gepflegten um 48,3 Prozent gestiegen. Bei den Pflegegeldempfängern ergibt sich ein Anstieg von 21,2 Prozent. Bei einem Vergleich der zu Hause und im Heim versorgten Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung fällt auf, dass der Anteil der Frauen in Heimen mit 73 Prozent deutlich höher ist als der Anteil der zu Hause Versorgten (61 Prozent). Die Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen waren älter als die zu Hause Gepflegten: Die Hälfte der Heimbewohner war über 85 Jahre und älter, bei den zu Hause Versorgten waren dies nur ein Drittel (31 Prozent). Schwerstpflegebedürftige wurden zunehmend eher im Heim als ambulant versorgt. Dies gilt auch für den Anteil der Versicherten, denen eine erheblich eingeschränkte Alterskompetenz attestiert wurde: Ihr Anteil lag mit 59 Prozent in Heimen deutlich höher als bei den zu Hause Versorgten. Die Pflegestatistik 2013 macht auch deutlich, dass Pflegebedürftigkeit mit hohem Alter stark zunimmt. Bei den 70- bis unter 75-Jährigen war jeder Zwanzigste pflegebedürftig, der Anteil der Versicherten, die Leistungen der Pflegeversicherung erhielten, lag bei den über

90-Jährigen bei 64 Prozent. Dabei wiesen Frauen ab dem 80. Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote auf als Männer: Im Alter zwischen 85 und 90 Jahren lag die Pflegequote bei Frauen bei 42 Prozent, bei Männern bei 30 Prozent (Statistisches Bundesamt 2015a). Dabei ist nicht auszuschließen, dass sich durch die Versorgungssituation von unterstützungsbedürftigen hochbetagten Männern, die typischerweise durch ihre Frauen oder durch Angehörige versorgt werden, ein anderes Antragsverhalten ergibt, das sich auf die Verteilung auswirkt.

Die Pflegestatistik dokumentiert einen Anstieg der Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen. Die Pflegestatistik lässt darüber hinaus erkennen, dass das Verhältnis zwischen stationärer Pflege und ambulanter Versorgungssettings derzeit vergleichsweise stabil bleibt, solange man die Daten auf Bundesebene betrachtet. Das ist durchaus erstaunlich, da schon seit längerem ein Rückgang des Familienpflegepotenzials prognostiziert wurde, die Übernahme von Pflegeaufgaben in Familienhaushalten problematisiert wird und die Erwerbsbeteiligung von Frauen steigt. Die Hauptpflegestelle der Nation ist in Deutschland weiterhin die Familie – und dies deutlich ausgeprägter als im nord- und westeuropäischen Vergleich (Blinkert 2013). Die Zahlen der Pflegestatistik korrespondieren trotz der auf den ersten Blick überraschenden Befunde mit den in den vergangenen Jahren errechneten Prognosen, nach denen der Rückgang des sogenannten Kinderpflegepotenzials durch das Pflegepotenzial der Partner teilweise kompensiert wird. Pflegeentlastende Angebote entfalten ihre prognostizierte Wirkung: Zunehmend werden häusliche Pflegearrangements, insbesondere auch durch die Einbeziehung osteuropäischer Pflegekräfte (die überwiegend aus dem Pflegegeld finanziert werden), zu gemischten Pflegearrangements, in denen sowohl Angehörige als auch Professionelle sowie andere berufliche Helferinnen und Helfer tätig werden. Für die Zukunft wird man die Stabilität des Verhältnisses von ambulanten zu stationären Versorgungssettings ohne erhebliche pflegepolitische Anstrengungen nicht erwarten können. Das machen die Hochrechnungen etwa des Themenreportes Pflege 2030 der Bertelsmann Stiftung deutlich (Bertelsmann Stiftung 2012). Es wird prognostiziert, dass die Lücke zwischen der Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen und des sogenannten Pflegepotenzials ab den Jahren 2025-2030 deutlich anwachsen wird (Blinkert und Klie 2004a). Auch Präventionsanstrengungen werden nicht grundsätzlich etwas daran ändern, dass im hohen Alter Vulnerabilität und Unterstützungsbedarfe zunehmen werden. So wird prognostiziert, dass sich die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen bis zum Jahre 2030 etwa um 50 Prozent erhöhen wird. Dabei ist mit Blick auf eine im Bericht immer wieder betonte regionale Differenzierung herauszustellen, dass sich die Versorgungssituation der auf Pflege angewiesenen Menschen in den jeweiligen Bundesländern deutlich voneinander unterscheidet und unterscheiden wird. Die von Rothgang u. a. (2013) für Bremen im Zeitraum von 2009 bis 2030 errechneten Zahlen der Zunahme Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI betragen 28,2 Prozent, für Mecklenburg-Vorpommern werden sie mit 55,9 Prozent doppelt so hoch prognostiziert, für das Land Brandenburg sogar mit 72,2 Prozent. Die Steigerungsraten der Pflegebedürftigen auf der einen Seite und das Verhältnis von auf Pflege angewiesenen Menschen zu pflegebereiten Angehörigen auf der anderen Seite variieren nach Bundesländern deutlich.

Noch deutlicher sind die Unterschiede auf kommunaler Ebene. Hier reichen die Steigerungsraten von knapp 14 Prozent (Goslar) auf bis zu mehr als 100 Prozent (München, Oberhavel). In hohem Maße relevant für die großen Unterschiede sind die Infrastruktur an Beratung und häuslicher Hilfe, die Strukturen freiwilligen Engagements sowie sozialraumbezogene Formen der Unterstützung (Quartiersmanagement) der jeweiligen Kommunen. Diese Aspekte sind auch mitverantwortlich für die Quote der Angehörigenpflege, die zwar linear mit dem Alter abnimmt, aber auch bei gleichen Altersstrukturen in verschiedenen Kommunen deutlich voneinander abweicht. Mit höheren Altersklassen nimmt nicht nur die Angehörigenpflege ab, sondern steigt auch der Anteil der im Heim gepflegten und auf Pflege angewiesenen Menschen. Durch den Rückgang der Angehörigenpflege wird die Zahl der Pflegebedürftigen, die professionelle Hilfe ambulant oder stationär in Anspruch nehmen, deutlich steigen. Für die Nutzung stationärer Pflegeangebote und die Steigerung der Heimquote werden Infrastrukturdefizite im Bereich häuslicher Unterstützungssysteme als wesentliche Einflussgröße benannt (Blinkert und Klie 2007). Gerade auf der Kreisebene lassen sich Effekte kommunaler Anstrengungen erkennen, die mitverantwortlich zeichnen für die Verteilung der Pflegearrangements (Alter und Soziales 2007). Dabei spielt ein wirksames Care und Case Management eine entscheidende Rolle (Frommelt u. a. 2008).

Maßgeblich für die Qualität der Versorgung im Bereich der nach wie vor deutlich präferierten häuslichen Versorgung ist die Qualität des jeweiligen sozialen Netzwerkes, in dem der auf Hilfe verwiesene Mensch lebt. In stabilen Netzwerken (Unterstützungspersonen leben im selben Haushalt) und dort insbesondere im ländlichen Bereich sind die Gesamtzeiten der Unterstützung, die der Betroffene erhält, deutlich höher als in labilen und prekären Netzwerken (Einpersonenhaushalte ohne Angehörige im sozialen Nahraum), insbesondere im urbanen Bereich. Die Bruttounterstützungszeiten unter Einbeziehung aller Akteure (Familie, Nachbarn, freiwillig Engagierte und Professionelle) reichen von durchschnittlich 84 Stunden pro Woche in stabilen Netzwerken im ländlichen Bereich

bis zu 9 Stunden in prekären Netzwerken im urbanen Bereich (Blinkert und Klie 2006a). Für die Zukunft können entsprechende Unterstützungsstrukturen und -kulturen in ländlichen Bereichen mit schrumpfender Bevölkerung nicht vorausgesetzt und erwartet werden. Ein Großteil der Bevölkerung gibt an, im Falle der Unterstützungsbedürftigkeit auf soziale Netzwerke zurückgreifen zu können. Nur 13 Prozent verfügen nach eigenen Angaben über kein Unterstützungsnetzwerk. In Städten ist deren Anteil am höchsten (Blinkert 2013). Auch die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Milieus hat großen Einfluss auf das jeweilige Pflegearrangement und noch deutlicher auf die pflegekulturellen Orientierungen, das heißt die Vorstellungen und Präferenzen hinsichtlich der Bewältigung und Gestaltung von Pflegesituationen in der Zukunft (Blinkert und Klie 2006b). Während im liberal bürgerlichen Milieu die Präferenzen für Versorgungsformen außerhalb familiärer Solidaritätsstrukturen überwiegen, sind bei Gruppen mit einem niedrigeren sozialen Status und traditionellen Familienbildern familienzentrierte Pflegearrangements dominant. Allerdings ist nicht zu vernachlässigen, dass unter den alleinlebenden Älteren mit niedrigem sozioökonomischem Status, insbesondere bei Frauen, Situationen sozialer Isolation überdurchschnittlich häufig sind (Kroll und Lampert 2007) (vgl. Abschnitt 4.5 in diesem Bericht). Auch die Lebens- und Versorgungssituation von Migrantinnen verdient eine besondere Würdigung. Bei ihnen findet sich ein vergleichsweise überdurchschnittlich hoher Anteil familiär versorgter Personen (Okken u. a. 2008).

Es sind somit ganz wesentlich soziale und kulturelle Aspekte, die für gewünschte und tatsächliche Pflegearrangements eine bestimmende Bedeutung erlangen. Auch lokale Pflegekulturen haben Einfluss auf die Verteilung von Pflegearrangements, wie in der TooLS Studie gut belegt werden konnte (Blinkert 2013: 144ff.). Dabei zeigt sich ein Wandel in den Einstellungen zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit: Die Vorstellung, im Haushalt eines nahen Angehörigen von diesem allein gepflegt zu werden, stößt inzwischen bei der Mehrheit der Bevölkerung 50plus (62 %) auf Ablehnung, lediglich 23 Prozent lehnen eine Versorgung durch eine größere vollstationäre Einrichtung vollständig ab. Die Versorgung im eigenen Haushalt in einem Mix aus Angehörigen und Professionellen wird deutlich häufiger gewünscht (47 %), wobei die Versorgung durch eigene Verwandte im eigenen Haushalt ohne Dienste immer noch präferiert wird (62 %) (Blinkert 2013: 169ff.). 40 Prozent geben an, eine kleine Einrichtung in ihrem Wohngebiet als Versorgungsort nutzen zu wollen – mit deutlichen milieuspezifischen Unterschieden. Im europäischen Vergleich steht Deutschland immer noch für eine starke Familienorientierung in der Pflege. Sie zeigt sich auch in der vergleichsweise hohen Pflegebereitschaft der Generation 50plus von 51 Prozent (zum Vergleich Dänemark 14 %, Niederlande 26 %, Frankreich 33 %) (Blinkert 2013: 177). Dabei korrelieren die Präferenzen für Versorgungsettings im europäischen Vergleich in hohem Maße mit dem Ausmaß an Sozialstaatlichkeit: je höher die Sozialausgaben für die Pflege, desto geringer ist der Prozentsatz derjenigen, die eine ambulante Versorgung ohne professionelle Hilfe bevorzugen (Blinkert 2013: 193ff.). Dieser Zusammenhang zeigt sich besonders deutlich in den Ländern, die nur in geringem Umfang Versorgungsangebote und finanzielle Hilfen vorhalten, wie etwa Polen, Rumänien oder Estland. Deutschland gehört wohlfahrtsstaatlich zu einem Mischtyp: zwar sind die Sozialausgaben vergleichsweise hoch, ähnlich hoch wie in skandinavischen Ländern – wenn auch nicht für die Langzeitpflege. Gleichzeitig findet sich aber eine deutlich höhere Bereitschaft zum Selberpflegen. Dies könnte mit der Konzeption der Pflegeversicherung zusammenhängen, die durch das Pflegegeld die Familienpflege honoriert und durch die Unterhaltspflicht die finanzielle Beteiligung an den Pflegekosten durch Angehörige verlangt – und dies weitgehender als im Bereich der Grundsicherung im Alter (§ 43 SGB XII).

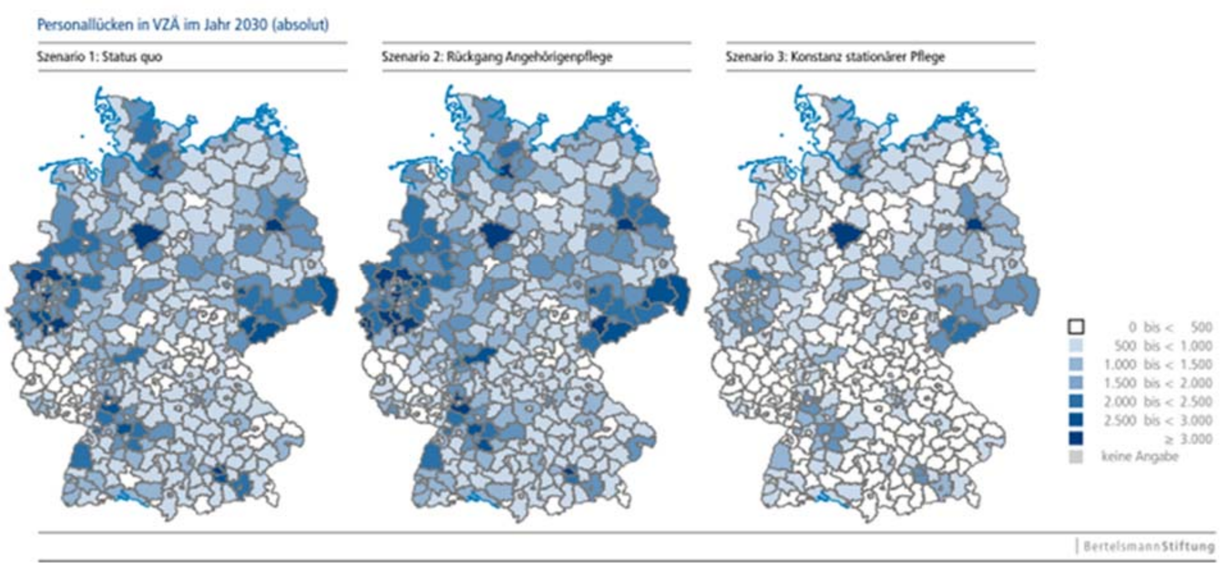
7.5 Szenarien

Auch wenn die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen in den nächsten Jahrzehnten steigen wird und wenn es als sicher gelten muss, dass das sogenannte Pflegepotenzial sinkt und die Scherenentwicklung zwischen Bedarf und Ressourcen zur Pflege und Versorgung an Dynamik gewinnen wird, macht sowohl ein vergleichender Blick in die europäischen Nachbarstaaten (Bode 2014) als auch auf die große Variationsbreite in der Verteilung von Versorgungsarrangements in Deutschland deutlich, dass die Politik die Langzeitpflege gestalten kann und muss. Um insbesondere auf kommunaler Ebene Gestaltungsspielräume aufzuzeigen, ist in den letzten Jahren vor allem die Szenariotechnik angewandt worden. Diese kann die unterschiedlichen Entwicklungsdynamiken unter Berücksichtigung der maßgeblichen Einflussgrößen aufzeigen und sich auf die jeweilige kommunale, respektive regionale Situation beziehen und dort kommunalpolitische Diskussionen und Bemühungen unterstützen (Blinkert und Klie 2004b). In den Konzepten der Szenariotechnik ist jeweils ein Szenario vorgesehen, das die derzeit beobachtbare alltags- und geschlechtsspezifische Verteilung der Versorgungsformen fortschreibt. Ein weiteres Szenario greift den Trend zur formellen Pflege auf und schreibt diesen Trend mittels Trendextrapolation fort, wobei bestimmte modernisierungstheoretische Annahmen berücksichtigt werden. In einem Szenario 3, das Rothgang als

Wunschszenario beschreibt, werden jeweils Annahmen unterstellt, in dem die von der breiten Bevölkerung präferierte Form der häuslichen Pflege, die auch im SGB XI normiert wurde, unterstützt wird, sei es durch den Ausbau entsprechender Infrastrukturen, einem wirksamen Case Management und einer besseren Vereinbarkeitspolitik zwischen Erwerbsarbeit und Pflege. Die Szenarien zeigen deutlich unterschiedliche Verteilungen der Versorgungssettings. Insbesondere die Heimquote würde im Szenario 3 gegenüber den anderen Szenarien deutlich niedriger ausfallen. Dies entspräche sowohl den Präferenzen in der Bevölkerung als auch den gesetzlich angestrebten Zielsetzungen, den Vorrang der häuslichen Pflege aufrechtzuerhalten. Ein weiterer Effekt läge in einem deutlich geringeren Bedarf an beruflich Tätigen in der Langzeitpflege. Für die Verwirklichung des Szenarios 3 wären vielfältige Anstrengungen notwendig, sowohl auf der kommunalen Ebene als auch im gesellschaftlichen und beruflichen Handlungsfeld der Sorge und Pflege.

Abbildung 11

Szenarien Pflegereport 2030



Quelle: Rothgang u. a. (2013).

Sichere Prognosen, wie sich die Versorgungssituation von auf Pflege angewiesenen Menschen weiterentwickeln wird, sind kaum möglich. Sicher ist die deutliche Zunahme der auf Pflege angewiesenen Menschen im weiteren Verlauf des demografischen Wandels. Einen nicht zu unterschätzenden Einfluss hat die gesellschaftliche, kulturelle und politische Definition dessen, was als Pflegebedürftigkeit anerkannt wird. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff wird die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen ebenso erhöhen (Deutscher Bundestag 2015) wie die Nachfrage nach entsprechenden Leistungen. Auf kommunaler Ebene sind Aussagen über die künftige Entwicklung des Umfangs von Pflegebedürftigkeit von besonderen Ungewissheiten begleitet. Nicht allein die allgemeinen altersspezifischen Prävalenzraten sind für die Zahl der zu Versorgenden maßgeblich, da sie regional und lokal durchaus variieren. Es sind ebenso administrative, ökonomische und sozialrechtliche Formen des Umgangs mit Pflegebedürftigkeit als Gründe dafür anzuführen, dass Vorausberechnungen zumindest schwierig sind. Dazu gehört der Im- und Export von Pflegebedürftigkeit (pflegebedürftige Eltern ziehen an den Lebensort der Kinder, es werden Pflegeheime außerhalb der eigenen Kommune genutzt). Vorausberechnungen auf kommunaler Ebene dürften sich von daher nicht mit altersspezifischen Prävalenzraten begnügen. Maßgeblich für künftige Entwicklungen ist auch die Entwicklung von Pflegekulturen, sowohl bundesweit als auch insbesondere auf örtlicher Ebene. Während in anderen europäischen Ländern die Versorgung durch Infrastrukturen und Dienste wesentlich dominanter ist als in Deutschland (s. o.), ist in Deutschland immer noch die Präferenz für eine häusliche Versorgung ohne professionelle Unterstützung prägend. Blinkert (2013) spricht in diesem Zusammenhang von einer Pflegekultur im Übergang, da auch für Deutschland mit einer weiteren Entwicklung in Richtung einer professionell gesteuerten Pflegekultur zu rechnen sei. Dafür spricht nicht nur der Rückgang des informellen Pflegepotenzials und die höhere Mobilität in der Bevölkerung, sondern auch die höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen, die

noch immer den größten Teil der Versorgungsverpflichtungen gegenüber auf Pflege angewiesener Menschen eingehen. Steigen die Opportunitätskosten für die Übernahme häuslicher Pflegeaufgaben ohne professionelle Unterstützung, setzt sich das Bild des Hilfemixes und des wohlfahrtspluralistischen Arrangements durch und es ist in hohem Maße wahrscheinlich, dass die Präferenzen für eine professionelle Versorgung zunehmen. Schließlich trägt auch der Ausbau sozialstaatlicher Rahmenbedingungen, der Ausbau von Infrastrukturen teilstationärer Art, auf dem Gebiet der Beratung und des Case Managements mit dazu bei, die Einbeziehung von Professionellen in Pflegearrangements attraktiver, wenn nicht sogar verpflichtend zu machen. Hierfür spricht auch unter normativen Gesichtspunkten hinsichtlich der menschenrechtlichen und fachlichen Anforderungen, die es zu beachten und zu realisieren gilt, vieles. Es sei nur auf den hohen Anteil von unangemessenen Versorgungspraktiken in rein familiär verantworteter Pflege, etwa im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen, hingewiesen (Klie u. a. 2013). Auch die hohe – insbesondere psychische – Belastung der pflegenden Angehörigen (Schacke und Zank 2009) macht es nicht nur wünschenswert, sondern auch notwendig, gemischte Pflegearrangements zu etablieren.

Wie allerdings eine Pflegekultur, die die Verantwortung zwischen Professionellen und anderen beruflich Tätigen, Familien und freiwillig Engagierten teilt, zur gesellschaftlichen Praxis wird, ist eine offene Frage. Ihre Beantwortung hängt nicht nur von der Landes- und Bundespolitik ab, sondern auch und gerade von lokalen, kommunalen Bedingungen und Anstrengungen. Die Weiterentwicklung der Pflegekultur vor Ort baut darauf, dass neue Formen gemischter Sorge und Pflegearrangements auf kommunaler Ebene möglich und unterstützt werden. Sie sind angesiedelt zwischen der traditionellen Familienpflege ohne professionelle Hilfe und der Vollversorgung im Heim (Zok und Schwinger 2015). Regionale und kommunale Erhebungen unterstreichen, dass ein großer Bedarf an derartigen Mischformen besteht (Blinkert und Klie 2009). Die TooLS-Studie belegt entsprechende Präferenzen der Bevölkerung. Die Diskrepanzen zwischen den Wünschen und realistischen Erwartungen an derartige Versorgungsarrangements sind besonders groß (Blinkert 2013). Es gibt eine Reihe von Modellprojekten, die aufzeigen, dass derartige Formen geteilter Verantwortung sowohl in Städten als auch in ländlichen Bereichen möglich sind. Genannt seien exemplarisch ambulant betreute Wohngemeinschaften in geteilter Verantwortung in Eichstetten oder Berlin (Frey u. a. 2013), Tagespflege in Regie von Freiwilligen mit professioneller Unterstützung in Steinen oder andere Formen der Tagesbetreuung („So wie daheim“) wie in Gelnhausen in Hessen (Eitenbichler 2001). Nur liegen noch wenig systematische Erkenntnisse und so gut wie keine evidenzbasierten Studien darüber vor, wie es gelingt, derartige Versorgungsstrukturen aufzubauen und in einer Weise zu verankern, sodass sie maßgeblichen Einfluss auf die Pflegekultur einerseits und die Verteilung der Versorgungssettings andererseits gewinnen. Dass dabei Planungsaktivitäten und Care und Case Managementstrukturen (Klie u. a. 2014b) sowie eine lokale Governance (Schulz-Nieswandt 2013) eine große Rolle spielen, ist bekannt. Auch neue Leistungsformen wie persönliche Budgets können nachweisbar einen Beitrag zu einer veränderten Pflegekultur und zur Vermeidung von Heimaufenthalten beitragen oder leisten (Klie u. a. 2011). Es gibt Wege in Richtung einer veränderten Pflegekultur, die auch fiskalisch und ökonomisch interessant sind, da gemischte Pflegearrangements eine höhere Kosteneffizienz aufweisen können und sozialstaatliche Transferleistungen begrenzen sowie die Nachfrage nach professionellen Hilfen gegenüber einem rein professionell gestalteten und verantworteten Pflegearrangement reduzieren. Es führt auch mit Blick auf den Fachkräftemangel kein Weg an gemischten, wohlfahrtspluralistisch ausgerichteten Arrangements vorbei (Rothgang u. a. 2013). Gleichwohl fehlt es noch an systematischen Wissensbeständen und Instrumenten darüber, welche Wege auf welche Weise in der Breite zugänglich gemacht werden können. Die absehbaren Entwicklungen führen aber völlig unbestreitbar zu einer neuen Bedeutung professioneller Unterstützung und professionell verantworteter Infrastrukturen, wobei sich die Professionalität nicht mehr allein auf die Erbringung von bestimmten handwerklichen Pflegeleistungen und die stundenweise Präsenz in Haushalten beschränkt, sondern sich auch auf die Unterstützung, den Aufbau und die Stabilisierung der sozialen Architektur der Pflegearrangements erstreckt (Klie 2012).

Vor dem Hintergrund einer sich verändernden Pflegekultur und ihrer Etablierung auf örtlicher Ebene sind Aspekte der subjektiven Versorgungssicherheit der Betroffenen und ihrer Präferenzen für die Versorgung in den Blick zu nehmen. Das Vertrauen, dass einmal „für einen gesorgt sein“ wird, ist in der Bevölkerung irritiert (Blinkert 2013). Der Anteil derjenigen, die meinen, auf ein stabiles Unterstützungsnetzwerk setzen zu können, wird in der Zukunft mit Zunahme der Einpersonenhaushalte und des Rückgangs des Familienpflegepotenzials sinken. Insofern kommt anderen Indikatoren zur Einschätzung der subjektiven Versorgungssicherheit eine größere Bedeutung zu. Sie betreffen Infrastruktur und Angebote, die Informiertheit über mögliche Hilfen, das Vertrauen in das Versorgungssystem. Es sind aber nicht nur Informationsmöglichkeiten oder das Vorhandensein von Angeboten und Diensten und ihre antizipierte Qualität, die bedeutsam sind, sondern auch die jeweils eigenen Auseinandersetzungen mit

Lebenssituationen, die von Unterstützungsbedarfen und von Vulnerabilität geprägt sein können. Subjektiv empfundene Versorgungssicherheit hängt einerseits von sorge- und pflegepolitischen Kontexten und von Infrastrukturen auf der kommunalen Ebene ab (Beratungs- und Informationsangebote, Einrichtungen und Dienste und ihre Verfügbarkeit), sie hängt aber auch davon ab, ob sich Bürgerinnen und Bürger aktiv mit dem Thema „Sorge und Pflege" beschäftigen, sich mit Wohn- und Versorgungsformen aktiv auseinandersetzen, sie gegebenenfalls selbst mit gestalten – und nicht nur als passive Konsumenten auftreten oder sich in eine Kundenrolle begeben. Die aktive Aneignung einer Lebenssituation spielt sowohl für das subjektive Sicherheitsgefühl als auch für die Möglichkeiten des Ausbaus lokaler Infrastrukturen unter Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern eine nicht zu unterschätzende Rolle. Beteiligungsansätze müssen dabei an den unterschiedlichen Voraussetzungen verschiedener Gruppen und Milieus ansetzen und entsprechende Angebote beispielsweise für benachteiligte Gruppen älterer Menschen entwickeln, um nicht lediglich „beteiligungsgeübte" Bürgerinnen und Bürger einzubeziehen. Setzt man in den modernen Quartiersansätzen, wie den SONG-Projekten[44] oder den Ansätzen des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt", auch auf neue innovative Wege in der Versorgung von auf Pflege angewiesenen Menschen, ist die Unterstützung zivilgesellschaftlicher Aktivitäten und Netzwerke ein wichtiger Baustein. Dabei sind die soziokulturellen und infrastrukturellen Voraussetzungen auf kommunaler Ebene dafür höchst unterschiedlich. Pflegepolitische und sozialstaatliche Interventionen haben sich, ganz im Sinne einer subsidiären Vorsicht (vgl. Kapitel 3 in diesem Bericht), an ihren Wirkungen auf die Pflegekultur und die Aktivierung vor Ort messen zu lassen. Hierin liegen zentrale Qualitätsparameter unter dem für die Zukunft zentralen Aspekt der örtlichen Pflege- und Sorgekultur.

7.6 Sorge und Pflege

Die Kommission geht von einem weiten Verständnis von Pflege aus und differenziert in unterschiedlicher Absicht (vgl. Abschnitt 7.5 in diesem Bericht) zwischen Pflege und Sorge. Sie tut dies nicht, um einer arbeitsteiligen, nach unterschiedlichen Niveaus von Ausbildungsabschlüssen taylorisierten Pflege Vorschub zu leisten. Sie tut dies in der Absicht, das Pflegeverständnis aus der notwendigen Engführung eines jeweiligen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu holen, die Debatte um die Professionalisierung in ihrer Bedeutung für das Rollenprofil der Fachpflege weiterzuführen und die Sorge als gesellschaftliche Haltung und Unterstützungsgeschehen in die Auseinandersetzung um die örtliche Pflegepolitik einzubeziehen sowie die Genderdebatte um die Verteilung von Sorgetätigkeiten aufzunehmen.

7.6.1 Pflege

Pflege als Profession

Pflege im Sinne professioneller Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsgruppen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, ob krank oder gesund. Sie schließt die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung Kranker, Behinderter und sterbender Menschen ein, so formuliert es die International Council of Nurses (ICN).[45] Der Entwurf eines Pflegeberufegesetzes[46] beschreibt die Fachpflege in § 5 als Tätigkeit und Aufgabe, die präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender umfasst. Auch sieht das Pflegeberufegesetz erstmalig die Definition Pflegefachkräften vorbehaltener Tätigkeiten vor, die in der Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfes, der Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses, wie der Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege bestehe (§ 4 Pflegeberufegesetz). Damit löst sich auch das Pflegeberufegesetz von der Bestimmung einzelner Tätigkeiten, wenn es um die Beschreibung dessen geht, was fachpflegerische Begleitung anbelangt. Ausdrücklich wird im Pflegeberufegesetz Bezug genommen auf die pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse, die es bei der Durchführung von Maßnahmen der Pflege zu beachten gilt.

---

[44] http://www.netzwerk-song.de/ (Zugriff am 5. Oktober 2015).

[45] www.icn.ch/definition.htm (Zugriff am 5. Oktober 2015).

[46] http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=194274.html (Zugriff am 3. Oktober 2015).

Lange Zeit hat sich die in Deutschland noch junge, im Ausland schon entfaltetere Pflegewissenschaft mit der Pflege alter Menschen nur randständig beschäftigt. Die gängigen Pflegemodelle und Pflegetheorien reflektierten die Lebenssituation alter Menschen und ihrer Familien nicht (Schaeffer u. a. 2008). Die Langzeitpflege befand und befindet sich im Schatten der Gesundheits- und Krankenpflege, sowohl wissenschaftlich als auch hinsichtlich der öffentlichen Anerkennung und ihrer Bezahlung.

Erst mit den Arbeiten von Nolan u. a. (2006) wurde ein Modell entwickelt, das die spezifischen Bedingungen der Pflege bei multimorbiden und chronisch kranken alten Menschen besser berücksichtigen konnte. Sechs Felder als Zielvorgaben für die Pflege alter Menschen wurden von Nolan identifiziert: Sicherheit, Zugehörigkeit, Kontinuität, Ziele, Erfolg, Bedeutsamkeit. Sie dienen dazu, „relationship-centred care“ zu begründen. Auch wenn Nolan inzwischen in der Pflegewissenschaft als maßgeblicher Impulsgeber für eine gerontologische Pflege gilt und das Senses Framework gerade auch für eine kritische Gerontologie in Deutschland als maßgeblich identifiziert wurde (Brandenburg und Güther, im Druck), kann keineswegs davon ausgegangen werden, dass sich ein solches Verständnis in der Pflegepraxis in Deutschland durchgesetzt hat. Es entspricht, respektive korrespondiert mit den dargelegten Anforderungen an die Pflege und Sorge älterer Menschen. Dabei lässt es aber die Frage offen, worin die spezifische Rolle der Fachpflege im „Konzert“ mit anderen Professionellen und weiteren beruflichen Helfern besteht. Trotz des Ganzheitlichkeitsanspruches funktionsbezogener Pflegemodelle, wie das verbreitete und in der Ausbildung und bei Prüfungen oftmals vorausgesetzte AEDL Konzept (Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens) von Krohwinkel (Lorenz 2013), werden sie einer spezifisch gerontologischen Betrachtung nicht gerecht (Brandenburg und Güther, im Druck). Auslöser für die Begegnung einer Pflegefachkraft mit einem auf Pflege angewiesenen Menschen sind der anerkannte verrichtungsbezogene Hilfebedarf und die sozialleistungsrechtlich determinierten Leistungen, die sich auf im Pflegebedürftigkeitsbegriff festgelegte Verrichtungen zu beziehen haben. Verrichtungsbezogener Hilfebedarf ist damit Auslöser sowohl für die Sozialleistungen als auch für die pflegerische Begegnung in den Feldern Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung. Dabei werden mit Entzian (1998) die entsprechenden Leistungen unter Heranziehung von Pflegemodellen, unter Berücksichtigung der Biografie und der Rahmenbedingungen des jeweiligen Lebensumfeldes erbracht und dabei Grundbedürfnisse des auf Pflege angewiesenen Menschen mit berücksichtigt. Fachpflegerisches Handeln ist zumindest unter den leistungsrechtlichen Bedingungen der Pflegeversicherung eingebunden in die Logik des noch aktuellen Verrichtungsbezuges des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und wird leistungserbringungsrechtlich im ambulanten Bereich durch Module gesteuert. In der Diskussion um die Professionalisierung der Pflege und die Identifizierung eines Kernbereiches professionellen Handelns werden seit Jahrzehnten Steuerungsaufgaben der Pflege in den Vordergrund gestellt: Die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung sowie die Begleitung des Pflegeprozesses (Brandenburg und Klie 2003). Steuerungsfunktionen der Pflege in dem so verstandenen Sinne werden auch als Vorbehaltsaufgaben (Klie 2012) angesehen, die im deutschen Recht – anders etwa als in Österreich – nicht auf handwerkliche Tätigkeiten, etwa Injektionen festgelegt sind (Igl 2012). Tatsächlich werden insbesondere ärztlich delegierte, risikobehaftete Tätigkeiten der sogenannten Behandlungspflege dem fachpflegerischen Bereich zugeordnet und über das Leistungserbringungsrecht und die dort niedergelegten Qualitätsanforderungen faktisch Fachpflegekräften exklusiv übertragen. Die Praktikerinnen und Praktiker der Fachpflege, insbesondere in der Altenpflege, haben sich in Deutschland in ihrem Selbstverständnis von arztnahen Tätigkeiten „emanzipiert“ und folgen einem Verständnis von „ganzheitlicher Pflege“, das die Gestaltung des gesamten Pflegeprozess im Alltag als eigene Aufgabe versteht. Pflegewissenschaftlich gehört zum Kern professioneller Fachpflege die unmittelbare Begegnung mit dem auf Pflege angewiesenen Menschen (auch in seiner körperlichen und leiblichen Verfassung). Es widerspräche aber ganz und gar der Wirklichkeit der Pflege alter Menschen, die tatsächliche ganzheitliche Pflege zur Domäne der Fachpflege zu erklären. Die Identifizierung eines Kernbereichs der Fachpflege, sowohl hinsichtlich ihrer Kompetenz als auch der ihr exklusiv übertragenen Aufgaben, ist von immenser Bedeutung für die Aufgabenverteilung, für die Arbeitsorganisation, die Festlegung von Qualitätsstandards und die Berechnung sogenannter Fachkraftquoten respektive Personalschlüssel. Mit Blick auf die für die Zukunft prognostizierte Problematik, ausreichend Fachkräfte der Pflege zu finden, sind trotz Zunahme der Auszubildenden in der Altenpflege die Fragen der Fachkräften zuzuordnenden Aufgaben und Funktionen von zentraler, auch finanzieller Bedeutung. Im Sinne von Nolan, im Sinne der Steuerungsfunktion, die der Fachpflege zugeordnet wird, bleibt das Wohlergehen des auf Pflege angewiesenen Menschen, die Erreichung der sechs Zielfelder in dem Nolan‘schen Modell, zentrale Orientierung der Fachpflege. So heißt es in der Pflegewissenschaft: „The essence of nursing is care“ (Leininger 1984: 22). Existenzielles Sorgen und Pflege sind untrennbar miteinander verbunden (vgl. Schuchter und Heller 2012: 288). Ein ganzheitliches Verständnis, aber keineswegs die „Zuständigkeit“ und Verantwortung

für die gesamte Sorge ist konstitutiv für die professionelle Pflege. Dabei berührt die Differenzierung in (professionelle) Pflege hier und Sorge dort Kernbereiche pflegerischen Selbstverständnisses. Nicht nur, dass Sorge und Pflege in dem Sinne nicht zu trennen sind, da sich pflegerisches Tun häufig um Existenzfragen des Menschen und immer um sein Wohlergehen bemüht. Es ist auch die Verteidigung eines beziehungsorientierten, auch auf Trost und Zuwendung ausgerichteten Pflegeverständnisses, das derzeit in besonderer Weise im Hospiz verwirklicht wird und vielen Pflegenden als Ideal vor Augen steht, gegen eine immer stärker von funktionalen Betrachtungen geprägte, evidenzbasierte, bestimmte Pflegeergebnisse verfolgende Pflege, die durch ein Ineinandergreifen von Professionalisierung und Ökonomisierung als gefährdet erlebt wird (vgl. Schuchter und Heller: 292). Angesichts des knappen Gutes der Fachpflege, mit Blick auf eine einheitliche Pflegeausbildung und das kooperative Miteinander von unterschiedlichen Berufsgruppen, Angehörigen, Freiwilligen und anderen beruflich im Care-Bereich Tätigen, das allenthalben als Voraussetzung für die zukünftige Sicherung der Pflege gesehen wird, ist die Frage nach dem Kern fachpflegerischer Tätigkeiten zu beantworten.

Pflege als Sozialleistung

Unabhängig von der Frage, worin das Profil der professionellen Pflege liegt, ist auch die Frage zu beantworten, was als Pflege im Sinne des Leistungsrechtes der Kranken- und Pflegeversicherung oder der Sozialhilfe zu verstehen ist. Das Krankenversicherungsrecht behandelt die Fachpflege bislang ausschließlich im Zusammenhang mit einer von der Medizin verantworteten Behandlung der Versicherten und (noch) nicht als eigenständige Leistung mit eigenem Verordnungsrecht. Die sogenannte Behandlungspflege wird verstanden als Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (§ 37 SGB V). Die Richtlinien gemäß § 92a SGB V enthalten im Einzelnen aufgelistete Leistungen, die verordnungsfähig sind und damit das Handlungsspektrum der Fachpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege abstecken. Leistungen der Steuerung des Pflegeprozesses, der edukativen Begleitung von Patienten, finden sich dort nicht. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff beschränkt sich nicht auf Leistungen der „Pflege“, sondern bezieht auch solche der Hauswirtschaft und der sozialen Betreuung mit ein. Insofern kann keineswegs alles, was als Leistung der Pflegeversicherung im Rahmen der häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI gewährt wird, als Pflege in eigener Sache verstanden und qualifiziert werden. Dies gilt allemal nach der Öffnung des § 36 SGB XI für sogenannte häusliche Betreuungsleistungen gemäß § 124 SGB XI (Klie u. a. 2014a). Üblicherweise werden die Pflegeleistungen gemäß § 36 SGB XI als Leistungen der Grundpflege verstanden, das heißt als Unterstützung bei den alltäglichen Verrichtungen, die auf die Verrichtungsbereiche der Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung), der Mobilität (Aufstehen und zu Bett gehen) sowie der Ernährung (Aufnahme der Nahrung) bezogen sind. Ein solches tätigkeitsbezogenes Pflegeverständnis steht im Widerspruch zu dem zuvor entwickelten pflegewissenschaftlichen Verständnis. Die Grenzen der Pflegeleistungen zu Leistungen der Rehabilitation, zur sozialen Teilhabesicherung sind fließend und werden dies mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erst recht, wenn der bisherige Verrichtungsbezug aufgegeben wird. Legt man den Pflegebedürftigkeitsbegriff aus dem Sozialhilferecht § 61 Abs. 1 SGB XII zugrunde, weitet sich das, was als Leistungen der Pflege verstanden werden kann, auf sogenannte „andere Verrichtungen“ aus (Klie 2006), womit eine Abgrenzung zwischen hauswirtschaftlichen und vor allen Dingen Teilhabeleistungen unmöglich wird. Auch die sogenannten häuslichen oder zusätzlichen Betreuungsleistungen, die mit den Reformen zum Pflegeversicherungsrecht ins Leistungsrecht der Pflegeversicherung aufgenommen wurden, stellen sich inhaltlich nicht als Pflege-, sondern als Teilhabeleistungen dar. Die gewählte Begrifflichkeit der sogenannten Betreuungsleistungen lässt ihren Charakter als Teilhabeleistung zurücktreten. Der Begriff der Betreuung ist in der sozialarbeitswissenschaftlichen Diskussion umstritten und wird dort auch wegen der in ihm angelegten Asymmetrie abgelehnt (Otto und Thiersch 2011). Er dient dem Pflegeversicherungsrecht auch nicht positiv zur Bestimmung bestimmter Unterstützungsleistungen, sondern eher negativ als Abgrenzung zu Pflegeleistungen und beschreibt über sie hinausgehende Unterstützungsleistungen, die bisher vom Pflegebedürftigkeitsbegriff (noch) nicht erfasst werden. Dass es sich bei diesen Leistungen im Sinne von Nolan aber auch und gerade in einem Verständnis von Teilhabe um für Personen individuell hoch bedeutsame Hilfen handelt, wird über den unglücklichen Begriff der „niederschwelligen Leistungen“, gemäß §§ 45b ff. SGB XI, semantisch verdeckt. Die inhaltliche Bestimmung dessen, was sozialrechtlich als Pflegeleistungen zu verstehen ist, ist in einem wissenschaftlich belastbaren Sinne nicht möglich. Tatsächlich hat aber das Leistungserbringungsrecht der Pflegeversicherung einen erheblichen Einfluss auf das Leistungsgeschehen, das Verständnis von Pflege und die Organisation von Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige. Im Sinne der Herausbildung eines Profils professioneller Pflege alter Menschen, auch im Sinne eines effizienten Personaleinsatzes und der Steigerung der Attraktivität von Pflegeberufen als Beruf mit hoher professioneller Verantwortung, macht es durchaus Sinn, bei einer Neuordnung des

Leistungsrechtes darüber nachzudenken, Pflegeleistungen als Leistungen von Pflegefachkräften zu beschreiben und als solche zu finanzieren. Alle anderen pflegerischen, sozialen, hauswirtschaftlichen und teilhabeorientierten Unterstützungsleistungen wären dann nicht unter dem Terminus der Pflege sondern, wie im Behindertenbereich üblich, unter dem Begriff der Assistenz zu fassen, so es sich um Leistungen außerhalb der Familienpflege und der häuslichen Unterstützung handelt (Hoberg u. a. 2013). Das widerspricht zwar auf den ersten Blick dem ganzheitlichen Pflegeverständnis, das zum Selbstverständnis der Pflegekräfte gehört. Auf diese Weise könnten aber die individuellen Präferenzen flexibler berücksichtigt und die Ressourcen wohlfahrtspluralistischer Arrangements in die Aushandlung von Hilfeplänen einbezogen und – unter gleichzeitiger Sicherstellung fachpflegerischer Begleitung der auf Pflege verwiesenen Personen und deren Angehörige – lebensweltlich angepasst werden (Hoberg u. a. 2013). Demgegenüber wurde durch die Pflegeversicherung, verbunden mit den strikten und hoch bürokratischen Qualitätssicherungsobliegenheiten, die die lückenlose Dokumentation der jeweils erbrachten Pflegeleistungen verlangen (Klie 2015a), ein sozialadministrativ vorgegebenes Pflegeverständnis etabliert, das die Handlungsautonomie der Akteure vor Ort sowohl auf der Seite der Professionellen als auch auf der Seite der auf Hilfeleistung Verwiesenen deutlich einschränkt – so die Kritik aus der Pflegewissenschaft. Damit würde eine eigenverantwortliche Fachpflege behindert und pflegewissenschaftlich im Vordergrund stehende Ziele gefährdet. Pflege als Beruf und sozialleistungsrechtliche Pflegeleistungen als Tätigkeiten könnten stärker differenziert werden. Ersteres gilt es zu profilieren, pflegerische Tätigkeiten (im Sinne des Sozialleistungsrechts) gilt es, soweit sie nicht der Fachpflege vorbehalten sind, unter Sicherstellung fachlicher Anleitung, als Assistenz in den Zusammenhang mit alltäglichen Unterstützungsleistungen zu stellen, die es mit der betroffenen Person auszuhandeln gilt. In welchem Umfang Pflegefachkräfte im unmittelbaren Pflegeprozess und der Pflegehandlung beteiligt sind, respektive sein müssen, um eine gute Pflege sicherzustellen, bleibt eine offene Frage. Die Beteiligung von Pflegefachkräften auch in der unmittelbaren und direkten Pflege ist unverzichtbar, das Ausmaß hängt von Kontexten (Heim, ambulanter Bereich, Verfügbarkeit von anderen Hilfen) und vom Einzelfall (Komplexität) ab.

7.6.2 Sorge

Der Aufbau von Sorgestrukturen auf kommunaler Ebene ist Gegenstand lokalpolitischer Aktivitäten. Der Begriff der Caring Community ist international zu einem Leitbegriff geworden, um auf regionaler und lokaler Ebene Verantwortungsstrukturen neu zu beleben und zu gestalten, die das Zusammenleben von Bürgerinnen und Bürgern sichern und neue Formen gegenseitiger Unterstützung etablieren helfen: von der Sorge für Flüchtlinge bis zur Sorge um Sterbende (Fehrs 2015). In der Genderdebatte spielt der Begriff der Sorge und der Sorgearbeit eine zentrale Rolle in der Analyse der Gesellschaft- und Geschlechterordnung bezogen auf die Verteilung von alltäglichen Unterstützungsleistungen im persönlichen Nahbereich, insbesondere in Familien; hier wird insbesondere auf die strukturelle Entwertung der reproduktiven Arbeit im Verhältnis zur produktiven Arbeit und der daraus resultierenden ökonomischen Benachteiligung von Frauen abgehoben. In Teilen der Zivilgesellschaft wird der Begriff benutzt, um die Definitionsmacht von Professionellen in Medizin oder Pflege zurückzuweisen und die Verantwortung für Bedingungen des Sterbens, die Begleitung Schwerkranker in die Mitte der Gesellschaft, in Nachbarschaften zurückzuholen. Unter dem Begriff „Compassionate Cities“ werden insbesondere für Großstädte Programme aufgelegt, die die Verantwortungsbeziehungen im Quartier, in Nachbarschaften, in Dörfern und in Gemeinweisen neu akzentuieren und mit professioneller und politischer Aufmerksamkeit versehen (Klie 2015c); dabei ist darauf hinzuweisen, dass es vielerorts für den Aufbau und Erhalt solcher zivilgesellschaftlicher Netzwerke öffentlich vorgehaltener materieller, professioneller und nachhaltiger Unterstützungsstrukturen bedarf – ihre Existenz und ihr Funktionieren können nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden (vgl. Kapitel 3 in diesem Bericht). Alltagssprachlich wird Sorge in einem zweifachen Sinne gebraucht: Sich um sich selbst und um andere sorgen, im Sinne von Kümmern, aber auch Sorge als quälende Gedanken, Unruhe und das Bemühen, Abhilfe für Probleme zu schaffen. Die aus der feministischen Diskussion entstandene Care Ethik (Conradi 2001) sieht den Einzelnen jeweils in lebensweltliche Beziehungsgeflechte, in Näheverhältnisse gegenseitiger Verantwortlichkeit eingebunden. Dieser lebensweltliche Ansatz der Ethik wurde vielfach aufgegriffen, differenziert und weiterentwickelt. Auch eine weiter gefasste Altersethik impliziert einen Sorgebegriff, indem sie Formen gelingenden Lebens gerade angesichts von Verletzlichkeit und Endlichkeit thematisiert. Sie drückt sich aus in alltäglichen Formen der Unterstützung und Gesten des Behilflichseins, des Zuhörens, Berührens, Ermutigens und Tröstens. Auch in der Gerontologie und den Pflegewissenschaften werden Elemente einer Sorgeethik aufgegriffen und weiterentwickelt, gerade im Zusammenhang mit dem Umgang mit Menschen mit Demenz und den vielfältigen Erkrankungsformen in der Gerontopsychiatrie.

Aufgrund einer konzeptionell gut begründeten lebensweltorientierten Pflege hat sich eine Praxis der Einbeziehung von Biografien und kulturellen Prägungen in die Gestaltung von Pflegearrangements und in die Aushandlung von Pflegezielen ergeben. Die Diskussionen und die Profilierungen von lebensweltlicher Sorge dort und professioneller Pflege hier haben zur Reflektion von Rollen und Aufgaben von Pflege (cure, nursing, formal care) auf der einen Seite und Sorge (informal care) auf der anderen Seite geführt. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Übersetzung des englisch-amerikanischen „Care“ mit dem deutschen Terminus „Sorge“ nur bedingt geeignet ist, die größere inhaltliche Bandbreite des Begriffes im Deutschen zu erfassen.

Die Debatte und der Versuch einer Differenzierung zwischen professioneller Pflege hier und Sorgetätigkeiten dort berührt ein insbesondere in der Altenpflege verbreitetes ganzheitliches Pflegeverständnis und hat zu heftigen Irritationen geführt (Bartholomeyczik 2015). In der aktuellen politischen Debatte um eine einheitliche Pflegeausbildung im gesetzlichen Rahmen eines Pflegeberufegesetzes spielt die Frage nach einem spezifischen sozialpflegerischen Profil der Altenpflege und seiner Berücksichtigung im Rahmen einer einheitlichen Berufsausbildung eine zentrale Rolle (Wert.Arbeit 2014). Die Debatte über die Profilierung professioneller Pflege auf der einen Seite und der lebensweltlich verankerten Sorgetätigkeit auf der anderen Seite, inklusive ihrer Verbindungslinien, muss geführt werden und ist sowohl für die Fachwelt als auch für die Öffentlichkeit im Hinblick auf das Selbstverständnis von Pflege und Sorge und die entsprechenden Verantwortungsrollen im Feld der Langzeitpflege bedeutungsvoll. Der Sorgebegriff ist geeignet, die unterschiedlichen Dimensionen, die von Unterstützungshandlungen für auf Pflege angewiesenen Menschen berührt werden, in den Blick zu nehmen. So geht es um eine sorgende Haltung, die eingebettet ist in eine Verantwortungsbeziehung. Diese sorgende Haltung ist sowohl für Professionelle als auch für Angehörige und Freiwillige gleichermaßen relevant und geht weit über ein technisches, verrichtungsbezogenes Pflegeverständnis hinaus. Ziel der Sorge ist das Wohlergehen des jeweiligen Menschen. Auf dieses Ziel ist auch die Fachpflege ausgerichtet. Was jedoch zum Wohlergehen beiträgt, ist jeweils bezogen auf die einzelne Person, auf ihre Präferenzen und auf ihre Lebenslage und lässt sich keineswegs linear aus einem pflegefachlichen Leistungskatalog ableiten. Insofern heißt Sorge im Einzelfall sehr Unterschiedliches, wenn es darum geht, welche Art der Unterstützung, welche Hilfe, welche Tätigkeit und Aktivität gefragt ist, um das für den Menschen in seiner Lebenssituation existenziell Bedeutsame zu realisieren. Weiterhin geht es bei der Sorge keineswegs nur um personenbezogene Unterstützungsleistungen. Bei der Besorgung des Alltages geht es auch um Fragen der Bewirtschaftung des Lebens, der Hauswirtschaft, der Gestaltung sozialer Beziehungen und des Konsums. Insofern können in schwierigen und/oder benachteiligten sozialen Kontexten, in denen auf Pflege angewiesene Menschen leben, sei es bei Wohnungslosigkeit, sei es bei Armut, sei es bei familiären Konflikten je andere Professionelle gefragt sein, etwa die der Hauswirtschaft oder der Sozialen Arbeit, um eine professionelle Begleitung zu gewährleisten. Schließlich geht es bei dem Thema Sorge auch um die Bedingungen der jeweiligen zumeist von Frauen wahrgenommen Sorgetätigkeit. Diese Bedingungen gilt es im Aushandlungsgeschehen um die Gestaltung von Pflege und Sorge systematisch und transparent zu thematisieren. Sie dürfen nicht einfach, wie vielfach üblich, vorausgesetzt werden. Die Diskussion vor dem Hintergrund des für die Kommission leitenden Subsidiaritätsgedankens und eines wohlfahrtspluralistischen Konzeptes der Gestaltung von Pflege- und Sorgeaufgaben wird konsequent von der Person in ihrer Lebenswelt her entfaltet und nicht aus der Logik institutioneller Settings, in denen Sorgetätigkeiten in eine hierarchische Ordnung beruflich wahrgenommener Aufgaben eingebettet werden. Sorgeaufgaben sind insofern nicht nachgeordnet, sondern in kooperative und gleichberechtigte Formen der Unterstützung verwoben.

Tabelle 19 dient als Diskussionsanstoß für eine mögliche Differenzierung zwischen Fachpflege hier und Sorge dort.

Tabelle 19

Sorge und Pflege

Sorge	Pflege
Hintergrund: Verantwortungsbeziehung aus sozialem Näheverhältnis Umfang: Unterstützung orientiert an individuellem Bedarf, Wünschen und Präferenzen	Hintergrund: Pflegefachliche Einschätzung und Interaktion Umfang: durch Pflegebedürftigkeitsbegriff und ärztliche Verordnung bestimmt
Leistungen – Hauswirtschaftliche – Soziale – Kulturelle – persönliche Unterstützung	Leistungen – personenbezogene Unterstützungsleistungen – professionelle Pflegeleistungen (i.S.v. vorbehaltenden Aufgaben) und einer Prozesssteuerung – familiäre/berufliche Pflegeleistungen
Durch Familie, Freunde, Nachbarschaft. Ergänzt durch berufliche Assistenz, Freiwillige	Bezogen auf Teilhabe/integriert in Sorgearrangement mit dem Ziel der guten Sorge.
Weitgehend von Frauen wahrgenommene i.d.R. unbezahlte Tätigkeiten, berufliche Ausübung häufig auf dem grauen Markt	Inzwischen stark reglementierte Vorgaben für berufliche Pflegetätigkeiten auf wettbewerblich ausgerichteten Märkten. Berufliche Pflege weiterhin Frauendomäne.

Quelle: Eigene Darstellung.

7.7 Formelle und informelle Pflege und Sorge

7.7.1 Sorge und Pflege durch Angehörige

Deutschland steht im Hinblick auf die Beteiligung von Angehörigen an Pflegeaufgaben im nord- und westeuropäischen Vergleich „weit vorne“ (Blinkert 2013). Die „Hauptpflegestelle der Nation“ ist immer noch die Familie. Von den 2,6 Mio. Pflegebedürftigen in Deutschland werden 1,86 Mio. zu Hause versorgt. Davon wiederum 1,25 Mio. ausschließlich durch Angehörige und knapp 620.000 mit Unterstützung durch professionelle Pflegedienste (Statistisches Bundesamt 2015a). 4 Prozent der Männer und 7 Prozent der Frauen im Alter von 16 bis 64 Jahren kümmern sich mindestens eine Stunde pro Woche informell um eine pflegebedürftige Person. Etwa 200.000 Kinder und Jugendliche sind in die Pflege von Familienangehörigen involviert (Metzingen-Blau und Schnepp 2008). Ihr Beitrag, ihre Lebenssituation und sich ergebende Aufgaben ihrer Begleitung, Entlastung sowie ihres Schutzes sind bislang kaum erforscht. Die sogenannten pflegenahen Jahrgänge sind wesentlich deutlicher an Pflegeaufgaben beteiligt als die Jüngeren: 6 Prozent der 40- bis 44-jährigen Frauen und 2 Prozent der Männer in dieser Altersgruppe sind an Pflegeaufgaben beteiligt, bei den 55- bis 59-Jährigen sind es 12 Prozent der Frauen und etwa 8 Prozent der Männer (Geyer und Schulz 2014: 296). Es sind keine kurzen Episoden, sondern vergleichsweise lange Phasen, in denen Angehörige Pflegeaufgaben übernehmen. Die meisten Angehörigen pflegen zwischen zwei bis zehn Jahren (Bestmann u. a. 2014: 11). Das Leitbild der geteilten Verantwortung des Pflegemixes (Kricheldorff 2013) ist nicht nur Programm, sondern für viele auch Realität. Mehr als die Hälfte der pflegenden Angehörigen teilt sich die Pflegeaufgaben mit anderen Familienangehörigen, Bekannten, Freunden und Nachbarn (Bestmann u. a. 2014: 12). Professionelle Unterstützung erhalten 41 Prozent durch medizinisch-pflegerische Fachkräfte, auch unabhängig von den Leistungen der Pflegeversicherung. 8 Prozent nehmen Leistungen von Pflegeeinrichtungen wie Tages-, Kurzzeit- und Nachtpflege in Anspruch. Je jünger die pflegenden Angehörigen sind, desto häufiger erhalten sie Hilfen aus ihrem sozialen Umfeld sowie von Professionellen. Es sind die älteren pflegenden Angehörigen, für die sich die Pflege häufig als ein allein zu tragendes Schicksal darstellt: Von den über 65-Jährigen erhalten aus dem sozialen Umfeld lediglich 32 Prozent regelmäßig Hilfe (Bestmann u. a. 2014: 12). Mit Blick auf die beständig steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen, aber auch mit Blick auf Fairnessvorstellungen zur Aufteilung von Sorgeaufgaben zwischen Mann und Frau innerhalb der Familien werden Fragen der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege immer bedeutsamer. Der Anteil der pflegenden Angehörigen unter den Nichterwerbstätigen und den Teilzeiterwerbstätigen ist etwa doppelt so hoch wie unter den Vollzeitbeschäftigten. Vollzeiterwerbstätige pflegen derweil in einem wesentlich geringeren zeitlichen Umfang als Personen, die

einer Teilzeitarbeit nachgehen oder nicht erwerbstätig sind (Klaus und Tesch-Römer 2014: 5; Geyer und Schulz 2014: 297). Die Erwerbsbeteiligung von pflegenden Angehörigen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Sie liegt bei Frauen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren bei 61 Prozent (2001: 37 %) und bei Männern im gleichen Alter bei 67 Prozent (2001: 46 %) (Geyer und Schulz 2014: 298). 46 Prozent der Pflegenden sind voll- oder teilzeitbeschäftigt (Bestmann u. a. 2014: 14). Dabei sind 72 Prozent der männlichen Hauptpflegepersonen und 40 Prozent der pflegenden Frauen 30 Stunden und mehr erwerbstätig (BMG 2011: 30). Hier sind, ähnlich wie in der Kindererziehung, deutliche regionale Unterschiede zu verzeichnen: In den neuen Bundesländern sind mehr als ein Drittel der Hauptpflegepersonen 30 Stunden und mehr erwerbstätig, in den alten Bundesländern hingegen nur ein Viertel. Die zukünftige Bedeutung der Vereinbarkeit von Pflegeaufgaben innerhalb der Familie und Erwerbsarbeit unterstreicht die Tatsache, dass ein Viertel der pflegenden Angehörigen ihren Arbeitsplatz aufgegeben hat oder vorzeitig in Rente gegangen oder freigestellt worden ist, um die Pflegeverantwortung wahrnehmen zu können (Bestmann u. a. 2014: 15). Etwa die Hälfte der berufstätigen Pflegenden reduziert die Arbeitszeit oder gibt die Arbeit ganz auf (BMFSFJ 2014: 8; BMG 2011: 30). Dabei trägt die Reduzierung beziehungsweise Aufgabe der Erwerbstätigkeit nicht unerheblich zur Verschlechterung der eigenen Alterssabsicherung beziehungsweise zur Altersarmut bei. Auch hier zeigen sich wieder deutlich regionale Unterschiede: Während in den neuen Bundesländern 60 Prozent der Hauptpflegepersonen die Erwerbstätigkeit trotz der Übernahme von Pflegeaufgaben fortgesetzt haben, taten dies in den alten Bundesländern lediglich 49 Prozent der Hauptpflegepersonen (BMG 2011: 30). Die Übernahme von Sorge und Pflegeaufgaben gegenüber älteren Familienangehörigen ist häufig nicht die einzige Belastung. Insbesondere die Söhne und Töchter von auf Pflege angewiesenen älteren Menschen sind häufig von einer Mehrfachbelastung betroffen: 71 Prozent der Pflegenden im Erwerbstätigenalter gehen neben der Pflegetätigkeit einer Erwerbstätigkeit nach oder/und tragen mindestens für ein minderjähriges Kind die alltägliche Sorgeverantwortung (Klaus und Tesch-Römer 2014: 7). Während pflegende Angehörige, die ihren Partner pflegen, ganz überwiegend im selben Haushalt leben (98 Prozent der pflegenden Partner, 92 Prozent der pflegenden Eltern (BMG 2011: 26)), lebt mit gut 77 Prozent der Großteil der pflegenden Angehörigen im Erwerbstätigenalter nicht im gleichen Haushalt wie die auf Pflege angewiesene Person (Geyer und Schulz 2014: 258). Eine Betrachtung der Pflege durch Angehörige muss die besondere Situation von Menschen mit Migrationsgeschichte beachten. Bei türkischen Migrantinnen und Migranten und solchen aus der ehemaligen Sowjetunion ist der Anteil der häuslich durch Angehörige Versorgten besonders hoch. Die Übernahme von Pflegeverpflichtungen wird in Haushalten der ersten Migrantengenerationen häufig als Bewährung des Familienzusammenhaltes und als Teil der kulturellen Identität verstanden. Professionelle Hilfen werden weder bei den pflegebedürftigen türkischen Migranten noch von den Russlanddeutschen im nennenswerten Umfang in Anspruch genommen (Ünal 2003; Okken 2007; Ulusoy und Gräßel 2010).

Das Ausmaß und der Umfang der Beteiligung von Angehörigen an Pflegeaufgaben hängen mit einer in der deutschen Bevölkerung weit verbreiteten positiven Einstellung zur familialen Fürsorge zusammen. Diese wird auch durch die prognostizierten rückläufigen Ressourcen, durch die Zunahme zeitlebens kinderloser Frauen, höherer Scheidungsquoten und höherer Erwerbstätigkeit von Frauen kaum beeinflusst. So waren die Befragten des Gesundheitsmonitors 2013 zu 89 Prozent der Meinung, Familienangehörige sollten ihren Beitrag zur Pflege leisten. Entsprechend erwarten 64 Prozent der Befragten von der Familie und den Verwandten konkrete Hilfen im Alter. Dies geht einher mit einer verbreitet positiven medialen Darstellung der familiären Pflege, die zwar die Belastungen, nicht aber das Scheitern oder den Missbrauch familiärer Pflegebeziehungen thematisiert, während für den Bereich der stationären Pflege eher Probleme und weniger gelingende Beispiele thematisiert werden. Hinsichtlich eines in diesem Bericht propagierten Hilfemixes wird die Bereitschaft zur Übernahme von Unterstützungsaufgaben im Kontext der Pflege begleitet durch eine zunehmende Akzeptanz professioneller Dienstleister. Dabei wird nach wie vor die Abgabe der Verantwortung an professionelle Pflegeanbieter in der Bevölkerung widersprüchlich eingeschätzt und bewertet (Kuhlmey u. a. 2013). Die von den pflegenden Angehörigen erbrachten Leistungen sind sowohl von ihrem Spektrum als auch von der Zeitintensität sehr groß. Die durchschnittliche Pflegedauer beträgt circa acht Jahre, 22 Prozent geben Pflegezeiten über zehn Jahre an. Die Anforderungen, die sich mit der Übernahme von Pflegeaufgaben verbinden, sind für die pflegenden Angehörigen häufig in ihrem Umfang und ihrer Intensität kaum planbar (Schneekloth und Wahl 2005: 73). Die Einbindung in die alltäglichen Pflichten wird von pflegenden Angehörigen als hoch bewertet. Gerade Versorgungsanforderungen in der Nacht werden als belastend erlebt, typischerweise verbunden mit Einschränkungen in der Schlafqualität und weiteren negativen gesundheitlichen Folgen (Kuhlmey u. a. 2010). Die Möglichkeiten, eigenen Interessen nachgehen zu können, sind deutlich eingeschränkt. Das Verpflichtungsgefühl hält pflegende Angehörige häufig davon zurück, Pflegeaufgaben anderen zu übertragen. Daraus folgen erhebliche Risiken für die pflegenden Angehörigen, die sich aus den

unterschiedlichen Belastungsfaktoren und dem subjektiven Belastungserleben ergeben. Körperliche und psychische Belastungen sind typisch für pflegende Angehörige. Wichtige Faktoren für insbesondere psychische Belastungen sind die soziale Isolation, die mangelnde Anerkennung und die als Überbelastung erlebte Konfrontation mit dem Krankheitsbild des auf Pflege angewiesenen Menschen (Dräger 2015: 124ff.). Die sich bis in klinisch behandlungsbedürftige Depressionen niederschlagenden Belastungen haben vielfältige Konsequenzen für die physische und psychische Gesundheit. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung haben pflegende Angehörige mehr, beziehungsweise ausgeprägtere körperliche Erkrankungen. Sie reichen von Symptomen allgemeiner Erschöpfung, Gliederschmerzen, Magen- und Herzbeschwerden bis zu Bandscheibenschäden, Schilddrüsenerkrankungen und Osteoporose (Buhse 2008). Besonders gefährdet ist die seelische Gesundheit von Angehörigen mit hohem Belastungserleben. Hier besteht ein erhöhtes Risiko für Depression (Behr u. a. 2012; DAK 2015). Auch nehmen negative Emotionen von pflegenden Angehörigen Einfluss auf ihre Befindlichkeit mit Auswirkungen auf ihren Krankheitsverlauf. Daraus sei ein hoher Bedarf an präventiver Begleitung und Entlastung pflegender Angehöriger abzuleiten, der eine fachliche Seite kennt (hausärztliche, fachpflegerische Begleitung und Beratung), aber auch eine gesellschaftliche: Die Verteilung von Sorgeaufgaben zwischen mehreren pflegenden Angehörigen, die Einbeziehung von Freunden und Nachbarn sind wesentliche Voraussetzungen dafür, dass pflegende Angehörige die Pflegesituation als sinnstiftend und als eine zu bewältigende Aufgabe erleben. Das Belastungserleben pflegender Angehöriger hängt nicht nur von den objektiven Versorgungsaufgaben, sondern auch und gerade von der erlebten sozialen Unterstützung ab. Zahlreiche pflegende Angehörige erleben ihre Aufgabe als sinnstiftend, nicht alle als belastend. Bemerkenswert ist, dass eine große Zahl pflegender Angehöriger, auch aufgrund der gesammelten Erfahrung in der Pflege, sich bereit zeigt, in einer vergleichbaren Situation wiederum Pflegeaufgaben zu übernehmen beziehungsweise sich an ihnen zu beteiligen (Blinkert und Klie 2004a). Allerdings wird es für die Zukunft von größter Bedeutung sein, die mit der Übernahme von familiaren Pflegeaufgaben verbundenen Opportunitätsposten abzusenken, um eine Beteiligung von Angehörigen und Pflegeaufgaben auch in der Zukunft zu fördern (Blinkert und Klie 2009), die Beteiligung von Männern zu erhöhen und die negativen Folgen für die soziale Absicherung besonders von Frauen zu verringern. Während die Rolle der pflegenden Angehörigen in der häuslichen Pflege eine dominante ist, ändert sich dies bei der Pflege in den Institutionen der vollstationären Pflege. Hier ergeben sich regelmäßig Konflikte und Angehörige werden in ihrer Unterstützungsbereitschaft häufiger als Laien zurückgewiesen oder abgewertet (Dräger 2015: 128ff.). Eine systematische Einbeziehung von Angehörigen in die institutionelle Pflege findet weniger statt, auch wenn sie als wichtige Ressource angesehen werden. Konsequent erfolgt die Einbeziehung von Angehörigen in wohnortnahen Versorgungskonzepten der Wohngruppen in geteilter Verantwortung, in denen ihre Beteiligung konzeptionell fest verankert ist (Klie und Schuhmacher 2009).

7.7.2 Professionelle Pflege- und Sorgearbeit

Arbeitskräftebedarf

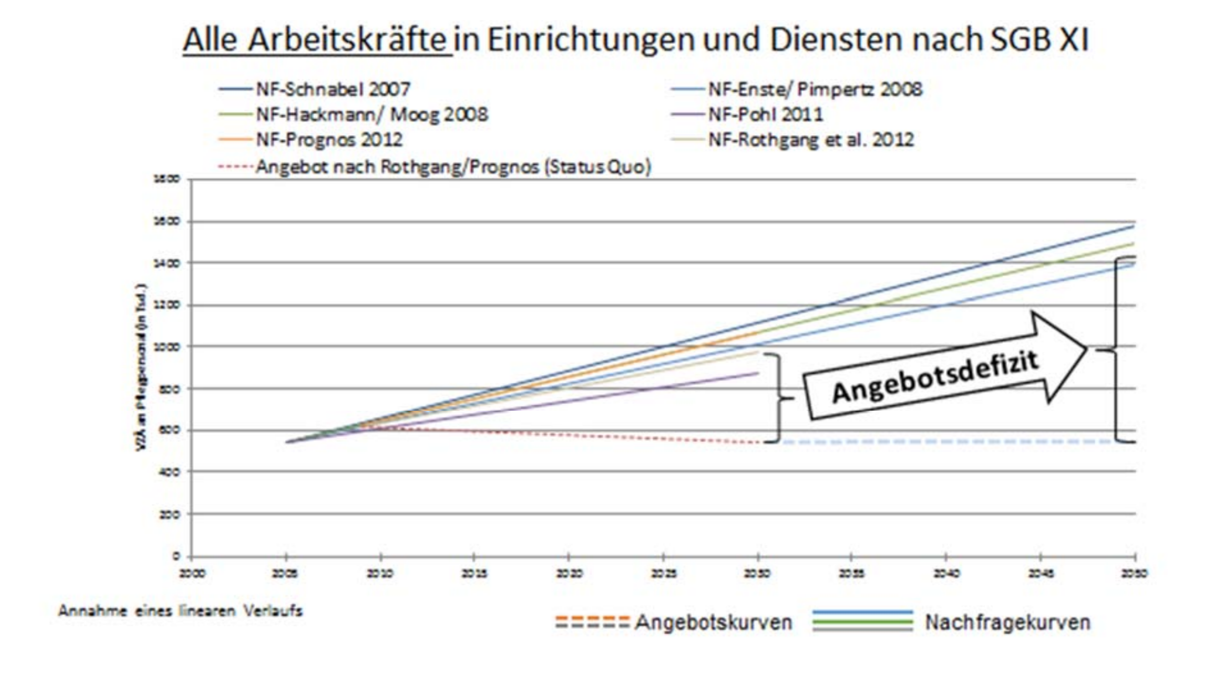
Die Langzeitpflege ist ein Wachstumsmarkt. Dies gilt sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Sektor. Die Zahl der Pflegeheimplätze hat in den letzten Jahren ebenso zugenommen, wie die Zahl von Pflegediensten und vor allem von im ambulanten Bereich beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Bei den 12.700 ambulanten Diensten waren 2013 320.000 Beschäftige tätig. 70 Prozent waren teilzeitbeschäftigt; 87 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren weiblich, 36 Prozent waren 50 Jahre und älter. Die in ambulanten Pflegediensten beschäftigten Personen waren überwiegend in der Grundpflege beschäftigt. 69 Prozent fanden dort ihren Arbeitsschwerpunkt. Die bei ambulanten Diensten Beschäftigten verfügten in der Mehrzahl (57 %) über einen qualifizierten Pflegefachkraftabschluss, entweder im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege oder im Bereich der Altenpflege. Während die Zahl der Pflegebedürftigen, die versorgt wurden, um 7 Prozent stieg, stieg die Personalzahl gegenüber 2011 um 10,1 Prozent, bei einem hohen Anteil von Teilzeitbeschäftigten, auf die der deutliche zahlenmäßige Zuwachs wesentlich zurückzuführen ist. In den 13.000 Pflegeheimen mit insgesamt 884.000 Plätzen arbeiteten im Jahre 2013 685.000 Beschäftigte. Auch hier war und ist der Anteil der Teilzeitkräfte mit 62 Prozent hoch. 85 Prozent der Mitarbeiterinnen sind weiblich, 38 Prozent 50 Jahre und älter. Auch in der stationären Pflege hatten zwei Drittel der Beschäftigten ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich der Pflege, lediglich 17 Prozent arbeiteten in der Hauswirtschaft. Von den 2013 in Pflegeheimen tätigen 48.000 Auszubildenden strebte eine deutliche Mehrheit, 83 Prozent, einen Abschluss in der Altenpflege an. Die Zunahme des Personals belief sich gegenüber 2011 auf 3,7 Prozent gegenüber einer Zunahme von 4 Prozent der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Die Zahl der Auszubildenden hat sich deutlich um 38,4 Prozent erhöht. Dennoch bestehen schon heute

regional erhebliche Schwierigkeiten, auf dem Arbeitsmarkt ausreichend und geeignete Beschäftigte für die stationäre und ambulante Pflege zu finden. Der Arbeitskräftebedarf in der Pflege wird deutlich zunehmen.

Die zu erwartende Entwicklung des Arbeitskräftebedarfs für die Pflege wird kontrovers diskutiert. Während auf der einen Seite Studien und Modellrechnungen ein Angebotsdefizit an Arbeitskräften von bis zu einer Million Vollzeitkräften in den nächsten Jahrzehnten vorhersagen, wird auf der anderen Seite vor unnötiger Panikmache gewarnt. Sicher ist, dass die Arrangements von Pflege und Versorgung für ältere Menschen in den bisherigen Strukturen, unter Berücksichtigung sowohl der formellen wie auch der informellen Pflege, langfristig nicht stabilisiert werden können.

Abbildung 12

Metaprognose: Verschärfung des Problems spätestens ab 2030



Quelle: AGP und HWA 2014: 68.

Zu der zu erwartenden Entwicklung von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften in der Pflege wurde in den vergangenen Jahren eine Reihe von Szenarien vorgelegt. Diese unterscheiden sich in den ihnen zugrunde gelegten Annahmen. Die meisten Studien beziehen sich auf das gesamte in der Pflegestatistik aufgeführte Personal, unabhängig von der Art der Tätigkeit oder der Ausbildung. Dies schließt alle Arbeitsbereiche in ambulanten und stationären Einrichtungen mit ein, wie zum Beispiel Hauswirtschaft, soziale Betreuung sowie alle Qualifikationsebenen, also auch Hilfskräfte oder Personen ohne Ausbildung. In der Tabelle 20 werden alle Studien berücksichtigt, die diesen breiten Arbeitskräftebegriff zugrunde legen.

Die meisten der Studien umfassen mehrere Szenarien, weshalb die absoluten Zahlen differieren. In den mittleren Szenarien stimmen die Studien weithin überein und erwarten für 2030 ein Defizit des Arbeitskräfteangebots im Umfang zwischen 400.000 und 500.000 Vollzeitstellen bezogen auf alle Arbeitskräfte. Sehr ähnlich sehen die Szenarien aus, wenn lediglich Pflegekräfte betrachtet werden (Hackmann 2009). Die Studien prognostizieren für 2030 einen Mangel im Umfang von etwa 200.000 Pflegekräften in Vollzeitäquivalenten in den Einrichtungen und Diensten nach SGB XI. Nicht alle Studien reichen über das Jahr 2030 hinaus. Diejenigen, die eine Vorhersage bis 2050 machen, erwarten, sowohl bezogen auf alle Arbeitskräfte in den Einrichtungen und Diensten nach SGB XI als auch bei einer ausschließlichen Betrachtung der Pflegekräfte, eine weitere Verdoppelung des Arbeitskräftemangels zwischen 2030 und 2050 (Klie u. a. 2014a).

Tabelle 20

Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI

Studie	Nachfrage 2030	Angebot 2030	Differenz 2030	Bemerkungen
Schnabel 2007	990.000 bis 1.250.000	550.000*	-440.000 bis -700.000	Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten der Pflege gem. SGB XI (Abgrenzung nach Pflegestatistik)
Enste und Pimpertz 2008	985.000 bis 1.120.000	550.000*	-435.000 bis -570.000	Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten der Pflege gem. SGB XI (Abgrenzung nach Pflegestatistik)
Hackmann und Moog 2008	1.025.000 bis 1.140.000	550.000*	-475.000 bis -590.000	Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten der Pflege gem. SGB XI (Abgrenzung nach Pflegestatistik)
Hackmann 2009	600.000	385.000	-215.000	**Nur Pflegeberufe in Einrichtungen und Diensten der Pflege gem. SGB XI (Abgrenzung nach Mikrozensus)**
Pohl 2011	708.000 bis 1.047.000	550.000*	-158.000 bis -497.000	Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten der Pflege gem. SGB XI (Abgrenzung nach Pflegestatistik)
Prognos 2012	1.070.000	550.000	-520.000	Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten der Pflege gem. SGB XI (Abgrenzung nach Pflegestatistik)
PWC & WifOR 2012	511.000	300.000 bis 343.000	-168.000 bis -211.000	**Nur Pflegeberufe in Einrichtungen und Diensten der Pflege gem. SGB XI (Abgrenzung nach Gesundheitspersonalrechnung)**
Rothgang 2012 (Bertelsmann)	803.000 bis 1.032.000	540.000	-263.000 bis -492.000	Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten der Pflege gem. SGB XI (Abgrenzung nach Pflegestatistik)

*Keine eigene Angebotsrechnung; der Abgleich erfolgte mit Zahlen von Prognos 2012 (550.000).

Die Zahlen für 2030 sind, soweit vorhanden, den Veröffentlichungen entnommen oder wurden mit Annahme eines linearen Verlaufs geschätzt und auf 5.000 gerundet.

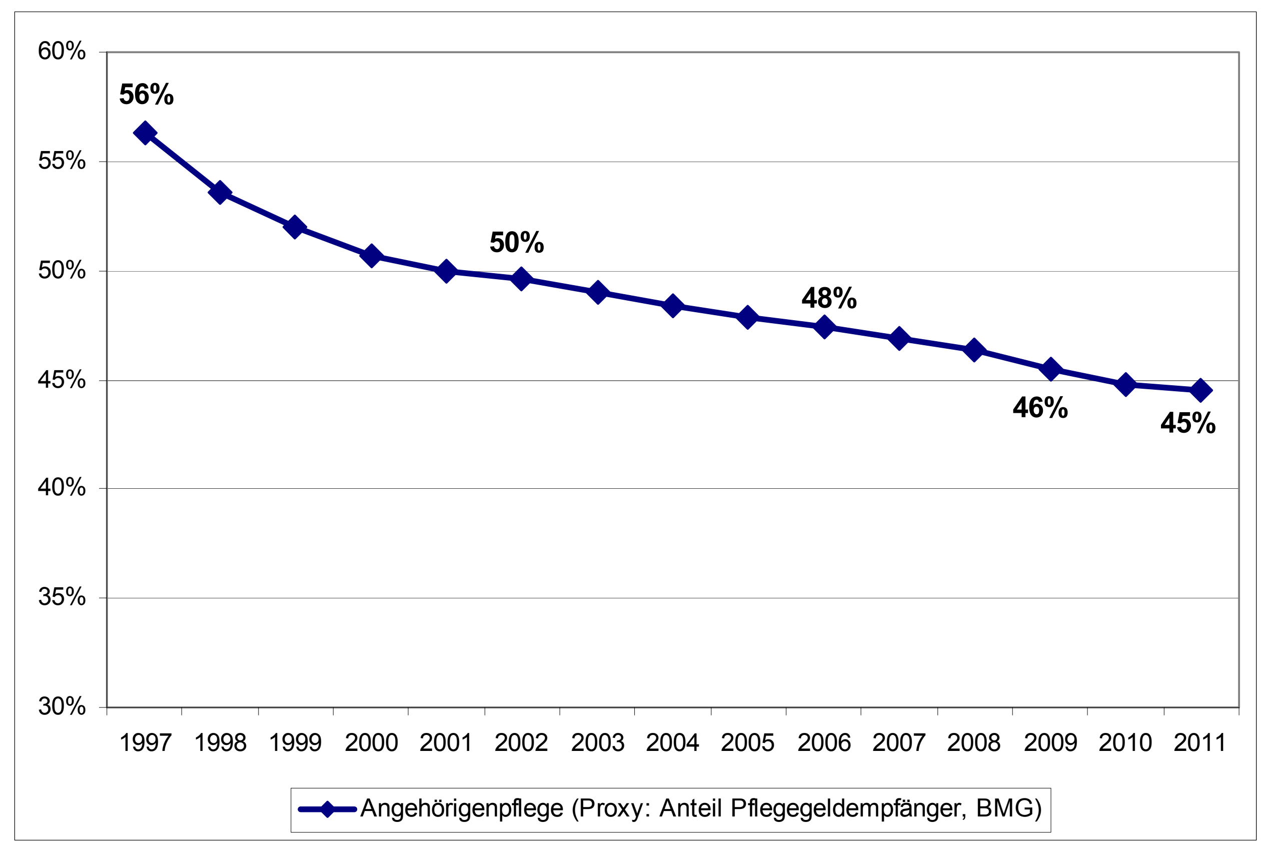
Alle Zahlen sind in Vollzeitstellen angegeben. Das negative Vorzeichen in der rechten Spalte weist auf den erwarteten Arbeitskräftemangel im Jahr 2030 hin.

Quelle: AGP und HWA 2014.

Der Blick auf die Szenarien hat die Entwicklung der Angehörigenpflege einzubeziehen. In Abbildung 13 ist dazu die Entwicklung des Anteils derjenigen Pflegebedürftigen abgebildet, die ausschließlich von Angehörigen versorgt werden.

Abbildung 13

Pflegebedürftige mit ausschließlicher Versorgung durch Angehörige 1997 bis 2011



Quelle: AGP und HWA 2014: 71.

Die Zahlen machen deutlich, dass der Anteil der ausschließlich durch Angehörige versorgten Pflegebedürftigen während der vergangenen eineinhalb Jahrzehnte langsam aber stetig zurückgeht. Der Rückgang der Angehörigenpflege war in der Vergangenheit eng mit verschiedenen Determinanten verknüpft – zum Beispiel mit dem Anteil der Einpersonenhaushalte. Bei Hochrechnung mittels dieser Determinanten errechnet sich ein weiterer Rückgang der Angehörigenpflege bis 2030 auf etwa 35 Prozent und bis 2050 auf unter 30 Prozent.

Alle Zahlen zur informellen Pflege und zur Prognose des Arbeitskräftemangels bei der formellen Pflege zeigen trotz der Bandbreite an Schätzungen und aller Unsicherheiten: Die bisherigen Arrangements der Pflege und Versorgung für ältere Menschen können mittel- und langfristig mit dem verfügbaren Arbeitskräfteangebot und der zurückgehenden Angehörigenpflege nicht stabilisiert werden. Es bedarf einer grundlegenden Neuordnung der Versorgungsstrukturen. Dabei geht es nicht nur um den demografischen Wandel in der Makroperspektive und um den damit verbundenen und zu erwartenden Arbeitskräftemangel, sondern auch um sich verändernde familiale Strukturen mit zunehmender Mobilität und Flexibilität und um sich verändernde soziale Gefüge in Quartieren, Gemeinden und Nachbarschaften – etwa mit einem steigenden Anteil der Einpersonenhaushalte. Nicht nur in der häuslichen Pflege sondern auch in modernen Versorgungskonzepten in der stationären Versorgung verändern und verschieben sich die Profile der durch berufliche Hilfen zu beantwortenden Unterstützungsbedarfe. Dabei sind erhebliche regionale Unterschiede zu beachten, die im Pflegereport 2030 referiert werden (Rothgang u. a. 2013; Klie u. a. 2013).

Arbeitsbedingungen professioneller Pflege- und Sorgearbeit

Die Ausübung von Pflegeberufen gilt in der Öffentlichkeit als besonders anspruchsvoll und belastend. Anspruchsvoll in fachlicher und emotionaler Hinsicht, belastend in körperlicher, aber auch seelischer Hinsicht durch die Konfrontation mit Tod und Sterben. Bei den zu besonderen Belastungen führenden Aspekten der Berufstätigkeit ist zu unterscheiden: Belastungen ergeben sich zum einen aus der unmittelbaren Tätigkeit. Hier sind insbesondere körperliche aber auch psychische Belastungen aus dem unmittelbaren Patientenkontakt zu nennen, die sich auch aus dem Tätigkeitsprofil ergeben. Dazu gehören Belastungen durch schwierige Körperhaltungen und Bewegungsabläufe oder das Hantieren mit schweren Lasten (Afentakis 2009). Belastungen ergeben sich zum anderen aus dem zeitlichen Anforderungsprofil während der Arbeit. Diese werden in besonderer Weise in der Langzeitpflege als Belastung benannt (Zeitdruck und Arbeitsüberlastung). Zusätzliche Belastungsfaktoren ergeben sich aus dem für die Pflege typischen Schicht-, Wochenend- und Nachdienst, durch Überstunden und unattraktive Wochenarbeitszeiten. 53 Prozent der Beschäftigten in Pflegeberufen geben an, dass sie mehr arbeiten als arbeitsvertraglich vereinbart (Bispinck u. a. 2013). 86 Prozent erhalten ihre Überstunden bezahlt, 14 Prozent nicht. Die Arbeitszufriedenheit ist im Vergleich zu anderen Beschäftigtengruppen insgesamt etwas niedriger, besonders niedrig in Fragen der Bezahlung. Gleichzeitig wird die Arbeit durchgängig als sinnstiftend, abwechslungsreich und interessant gewertet, sofern dies nicht durch problematische Pflegebedingungen beeinträchtigt wird (s. u.). Insofern zeichnen sich die Pflegeberufe durch eine besondere Spannung zwischen Identifikation und Sinnerfüllung auf der einen Seite und Arbeitsbelastung und ungünstigen Arbeitsbedingungen auf der anderen Seite aus. Die Bezahlung von Pflegekräften in der Langzeitpflege fällt grundsätzlich niedriger aus als die in der Akutpflege und im klinischen Bereich. Das durchschnittliche Monatseinkommen in den Pflegeberufen reicht von 2.043 Euro bis 2.721 Euro je nach Berufszugehörigkeit (unter 5, über 30 Jahre) (Bispinck u. a. 2013: 11). Das Durchschnittseinkommen liegt bei 2.450 Euro, das der Altenpflegerinnen bei 2.188 Euro. Die höchsten Einkommen in den Pflegeberufen erzielen Operations- und Anästhesieschwestern sowie Pfleger, die niedrigsten Helferinnen in der Kranken- und Altenpflege.

Insbesondere in der Langzeitpflege ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten hoch. Im Dezember 2013 lag der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland insgesamt bei 27,2 Prozent. In den Pflegefachberufen ist etwa jeder zweite Beschäftigte teilzeitbeschäftigt. Mit 53 Prozent ist der Anteil in der Altenpflege besonders hoch (Ostdeutschland: 58,8 Prozent Westdeutschland 51,2 Prozent) (Bogai u. a. 2015). Während es in ostdeutschen Bundesländern meist fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten sind, sind es in Westdeutschland im Wesentlichen familiäre und andere persönliche Gründe, die den Hintergrund für die Teilzeitarbeit bilden. Vergleichsweise hoch ist auch der Anteil der befristet Beschäftigten in den Pflegeberufen. 18,7 Prozent sind befristet beschäftigt, bei den Altenpflegerinnen und Altenpflegern sind es 23,4 Prozent bei den Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfern 32,9 Prozent. Die befristet Beschäftigten verdienen durchgängig weniger als die unbefristet Beschäftigten. Auch bei Teilzeitbeschäftigung und bei der befristeten Beschäftigung sind Frauen deutlich stärker vertreten als Männer (Bispinck u. a. 2013: 19; Bogai u. a. 2015: 19f.). Besonders gravierend sind die Einkommensunterschiede zwischen den Bundesländern und Regionen. Das Lohnniveau in den westdeutschen Bundesländern ist insgesamt höher als das in den ostdeutschen Bundesländern. Gleichzeitig gibt es auch unter den westdeutschen Bundesländern erhebliche Einkommensunterschiede. Die niedrigsten monatlichen Bruttoentgelte für Fachkräfte in der Altenpflege westdeutscher Bundesländer finden sich in Niedersachsen und in Schleswig-Holstein. Darüber hinaus unterscheiden sich die Monatsentgelte auch nach Trägern sowie nach bestehender Tarifbindung. Eine Gleichstellung von Kranken- und Altenpflegekräften bildet sich in den Einkommensstatistiken noch lange nicht ab. Besonders eklatant ist die Bezahlung von Helferinnen und Helfern in Berufen der Langzeitpflege. Auch diese unterscheidet sich wieder deutlich nach Bundesländern und Regionen (Bogai u. a. 2015: 18). Durch einen Tarifvertrag, der alle sozialen Berufe einbezieht, könnte der Diskriminierung von Assistenzberufen begegnet werden.

Personalarbeit

Mit Blick auf den prognostizierten Fachkräftemangel werden sowohl die Arbeitsbedingungen als auch Fragen der Entgelte zu zentralen Zukunftsfragen der Pflegebranche werden (Bettig u. a. 2012). Die Fachkraftgewinnung, die Personalbindung und -entwicklung, das heißt die Personalarbeit ist eine der zentralen Herausforderungen für die Unternehmen in der Langzeitpflege. Sie sind im Wesentlichen mit drei Problemkreisen konfrontiert:

1. Gerade die Langzeitpflege ist mit einer vergleichsweise hohen Fluktuation in der Mitarbeiterschaft konfrontiert. Sie einzuschränken, ihre Hintergründe zu erkennen, erscheint entscheidend. Was sind die Hintergründe

für die Wechselbereitschaft von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern? Nationale und internationale Studien betonen übereinstimmend (AGP und HWA 2014): die hohe emotionale Überforderung, eine niedrige Arbeitszufriedenheit, ein geringer Gruppenzusammenhalt, ein geringer persönlicher Erfolg und ein depersonalisiertes Umfeld. Dies alles, verbunden mit anderen Arbeitsplatzoptionen, zeichnet sich verantwortlich für die Wechselbereitschaft und das tatsächliche Wechseln des Arbeitsplatzes. Die Bezahlung allein ist kein Prädiktor für die Wechselbereitschaft, sondern auch ein inadäquates Management, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, fehlender Respekt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber verbunden mit Arbeitsrespektive privaten Konflikten (AGP und HWA 2014). Dabei spielt offenbar auch der Führungsstil eine nicht zu unterschätzende Rolle für die Wechselbereitschaft: Ein am Konsens orientiertes Management führt zu deutlich geringeren Arbeitsplatzwechselquoten als autoritäre Führungsstile. Positiv wirkt sich auf den Verbleib am Arbeitsplatz das Gefühl aus, gebraucht zu werden, eine selbstständige und flexible Ausübung von Tätigkeiten, sich als Anwalt der Klientinnen und Klienten erleben zu können und die Bereicherung der Arbeit für das eigene Leben. Dabei wird deutlich, dass Menschen, die in der Langzeitpflege ihre berufliche Heimat finden, typischerweise nicht diejenigen sind, die primär die Attraktivität des Arbeitsplatzes am Verdienst fest machen, sondern vielmehr an der Möglichkeit, ihre beruflichen und professionellen Überzeugungen und Werte am Arbeitsplatz leben zu können. Wird diese Kongruenz von Werthaltung und beruflicher Praxis stark irritiert, ist die Wechselbereitschaft hoch.

2. In der Langzeitpflege finden sehr unterschiedliche Berufstätige ihre berufliche Heimat. Dies gilt besonders für den Altenpflegeberuf, der sich in seiner typischen (sozialen) Zusammensetzung deutlich von der der Kranken- und Kinderkrankenpflege unterscheidet (Werner 2012). Es sind die sehr unterschiedliche Berufsbiografien, die unterschiedlichen sozialen Herkünfte, es sind die Milieus und Prägungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Zuwanderungsgeschichte, die die Personalarbeit in der Langzeitpflege zu einer anspruchsvollen Aufgabe macht. Personalmanagement und Personalarbeit in der Langzeitpflege heißt auch Diversity-Management. Die Gewinnung von Fachkräften und anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die Langzeitpflege stellt sich – regional unterschiedlich (Bertelsmann Stiftung 2012) – schon heute als drängendes Problem, auf das die Länder unterschiedliche Antworten geben. Klassische Strategien, die örtlich sehr erfolgreich verfolgt werden, setzen auf Ausbildungsoffensiven, eine enge Zusammenarbeit mit (Haupt-)Schulen und der örtlichen Arbeitsagentur. In manchen Ländern werden solche Wege durch eine politische Förderung der Altenpflegeausbildung unterstützt (etwa Nordrhein-Westphalen). In die Langzeitpflege führen aber verschiedene Wege, die ebenso unterschiedlich sind wie die Beschäftigten, die in der Langzeitpflege arbeiten. Sie reichen von denen, die sich bereits unmittelbar nach der Schule für einen „Beruf für Menschen" entschieden haben. Hier spielen, zumeist persönliche Erfahrungen in der Verantwortung für soziale Aufgaben in der Familie, in der Nachbarschaft, in sozialen Organisationen oder Freiwilligendiensten und Ehrenämtern eine zentrale Rolle für den Berufswunsch und die Berufswahl (AGP und HWA 2014). Insofern kommt der Vermittlung von Erfahrungen der sozialen Verantwortung, insbesondere in schulischen Zusammenhängen eine bislang noch unterschätzte Bedeutung für die nachhaltige Personalgewinnung in der Langzeitpflege und anderen sozialen Berufen zu. Es finden auch Beschäftigte in die Langzeitpflege, die sich diesen Beruf zunächst nicht vorstellen konnten, aber angesichts ihrer spezifischen Bildungskarriere in die Pflege fanden, oftmals ehemalige Hauptschüler. Auch Quer- und Wiedereinsteiger finden in der Langzeitpflege ihre (späte) berufliche Heimat, nicht selten ohne spezifischen Berufswunsch. Insofern kommt der Öffnung eines Berufsgruppenkonzeptes in der Pflege hin zu sozialen und hauswirtschaftlichen Berufen eine zentrale Bedeutung zu.

3. Transnationalen Pflegekräften wurde und wird vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt (AGP und HWA 2014: 275ff.). Sie werden insbesondere für den stationären Bereich angeworben und sind Gegenstand binationaler Abkommen (Merda u. a. 2012). Die überseeischen transnationalen Pflegekräfte leisten derzeit einen geringen Beitrag zur Abdeckung des Fachkräftebedarfs. Bedeutsamer sind Fachpflegekräfte aus osteuropäischen Staaten, die einen großen Anteil der Schülerinnen und Schüler an Altenpflegeausbildungsstätten insbesondere in Großstädten ausmachen.

Auch in der Sicherung der Versorgung mit Fachkräften kommt den Regionen und Kommunen eine ungemein wichtige Rolle zu. Gerade in der Langzeitpflege sind viele Teilzeitbeschäftigte etwa durch Familienaufgaben lokal gebunden. Regionale Arbeitsmarkt- und Berufsgewinnungsstrategien, eine gezielte Heranführung an Aufgaben der Pflege, schon in der Schule und durch Freiwilligenarbeit, gehören zu einer lokalen Arbeitsmarktpolitik für die

Bereiche der Pflege und Sorge. Auf den Import von Pflegekräften aus Fernost und entsprechende Anwerbungsstrategien wird man wohl nicht verzichten können; ihr Beitrag zur Sicherung des Fachkräfte- und Beschäftigtenproblems in Deutschland wird gleichwohl als sehr begrenzt eingeschätzt (AGP und HWA 2014).

7.7.3 Freiwillige in der Pflege und Sorgearbeit

Das freiwillige Engagement in Pflege- und Sorgekontexten gehört zu den sozialpolitisch relevantesten engagementpolitischen Themen der letzten Jahre. Dabei geht es in aller Regel nicht um die Übertragung von unmittelbaren Aufgaben der Fachpflege an Freiwillige, sondern um unterschiedliche Formen der Unterstützung für Menschen mit Pflegebedarf. Zahlreiche Bundes- und Landesförderprogramme widmen sich dem Engagement in Pflegekontexten; eine Vielzahl von freigemeinnützigen Akteuren hat sich das Thema zu Eigen gemacht (Schlicht 2015). In vielen Kommunen haben sich Initiativen gebildet und Angebotsstrukturen ehrenamtlicher Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen entwickelt. Auch der Gesetzgeber hat die Förderung des Engagements in der Pflege aufgegriffen, sei es im Recht der Pflegeversicherung oder auf Landesebene im Landesheimrecht oder Landespflegerecht (etwa §§ 45c ff. SGB XI oder § 2 WTG Rh Pf). Die Bedeutung des Themas steht im Zusammenhang mit der wachsenden Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen, dem Rückgang von Ressourcen in der Pflege und in Familien sowie den begrenzten Sozialleistungen für Menschen mit Pflegebedarf. Auch Engpässe auf dem Arbeitsmarkt führen zu einem „höheren Bedarf“ an freiwillig Engagierten. Auch im Zusammenhang mit der Diskussion um sorgende Gemeinschaften spielen Freiwillige eine zentrale Rolle (ISS 2014).

Die Diskurse um bürgerschaftliches Engagement in der Pflege thematisieren eine Vielzahl von Aspekten. Die Daten zum bürgerschaftlichen Engagement in Pflegekontexten stehen dabei in deutlichem Kontrast zur Bedeutung, die die Politik sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene dem Thema zuweist. Das Thema „Bürgerschaftliches Engagement und Pflege“ wird in Deutschland breit und intensiv diskutiert:

- Bei der Diskussion stehen Ressourcenengpässe in der Pflege heute und in der Zukunft im Vordergrund. Sowohl die Teilleistungskonzeption der Pflegeversicherung als auch die zunehmend begrenzte Leistungsfähigkeit und -bereitschaft von Familien verweisen auf zurückgehende oder begrenzte Ressourcen (Rothgang u. a. 2013). Als besonderer Wert des Engagements wird die Teilhabesicherung von auf Pflege angewiesenen Menschen betont. In der Engagementdiskussion wird häufig empfohlen, den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu erweitern und die Teilhabe Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zu betonen. Bürgerschaftliches Engagement wird als unverzichtbarer Beitrag zur Teilhabe am Leben der Gemeinschaft gesehen.[47] Im Kontext aktueller Diskurse um differenzierte Altersbilder wird das bürgerschaftliche Engagement Älterer für Pflegebedürftige auch mit Blick auf ihre Kompetenzen und Ressourcen gesehen. Ihnen werden sowohl Fähigkeiten aber auch Zeit für die Begleitung von auf Pflege angewiesenen Menschen als Ressource zugeschrieben. Problematisch kann dies allerdings werden, wenn entsprechendes Engagement für eine angemessene Lebensqualität Pflegebedürftiger vorausgesetzt wird, aber aus vielfältigen Gründen nicht überall zur Verfügung steht. Im Rückgriff auf das Konzept der Mitverantwortlichkeit erhält die Einladung zum Engagement einen obligatorischen Gehalt (Langlebigkeit verpflichtet), der bisweilen in der Diskussion um ein Pflichtjahr für Senioren zugespitzt wird (Precht 2012). Der zum Teil recht krude normative Duktus wird von anderer Seite wiederum ebenso heftig kritisiert, zum einen unter Problematisierung des Strukturwandels des Sozialstaats im Neoliberalismus (van Dyk und Lessenich 2009), zum anderen unter Verweis auf prekäre Lebensbedingungen und Soziallagen vieler Älterer, die durch familienbezogene Sorgearbeit beziehungsweise eigene gesundheitliche und wirtschaftliche Probleme über die eingeforderten Kapazitäten nicht verfügen und sich von den angebotenen Formaten nicht angesprochen fühlen (Wahrendorf und Siegrist 2008).
- Das bürgerschaftliche Engagement in der Pflege wird auch im Zusammenhang mit dem Konzept des lebenslangen Lernens diskutiert (Bubolz-Lutz u. a. 2010). Engagierte können und sollen aufgabenbezogene Qualifikationen erwerben, etwa im Bereich Hospiz, in der Pflege- oder Patientenbegleitung (Bubolz-Lutz 2013).
- Freiwillig Engagierte in der Pflege werden auch unter Arbeitsmarktgesichtspunkten thematisiert und problematisiert. Dies geschieht unter unterschiedlichen Vorzeichen: Unter dem der Gefährdung von Arbeitsplätzen Professioneller, dem Ersatz für (fehlende) berufliche Helferinnen und Helfer und unter der Fragestellung, wann ehrenamtliche Tätigkeit zur beruflichen wird (ver.di 2011).

[47] Vgl. Bürgerengagement für Lebensqualität im Alter (BELA): http://www.bela-bw.de/ (Zugriff am 2. Oktober 2015).

- Die Diskussion um eine zunehmende Monetarisierung des Engagements in der Pflege wird besonders kontrovers geführt. Insbesondere Formen der ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfe kennen in großem Umfang und selbstverständlich stundenbezogene Vergütungen, die sich im Bereich des Mindestlohnes für Pflegekräfte bewegen.
- Der Innovationsgehalt von freiwilligem Engagement in der Pflege wird insbesondere im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung von Wohn- und Versorgungsformen ausgemacht und inzwischen auch durch die gezielte Förderung von alternativen Wohn- und Versorgungskonzepten, wie etwa Wohngemeinschaften aufgegriffen. Aber auch in Heimen wird bürgerschaftlichem Engagement ein bedeutsames Innovationspotential zugeschrieben (Arend 2014).
- Eine kontroverse Diskussion wird zum Thema bürgerschaftliches Engagement im Care-Bereich unter Gesichtspunkten der Geschlechtergerechtigkeit geführt. Problematisiert werden Gesellschafts- und Geschlechterordnungen, die gerade Frauen unsichtbare Care-Aufgaben zuweisen (vgl. Kapitel 4 in diesem Bericht).
- Für gemeinnützige und gewerbliche Sozialunternehmen, insbesondere der frei gemeinnützigen, lädt die neue Bedeutung bürgerschaftlichen Engagements in der Pflege dazu ein, das eigene Selbstverständnis und die Notwendigkeit der Weiterentwicklung sowohl auf konzeptioneller als auch auf organisatorischer Ebene zu reflektieren.

Dabei stehen sich zwei Positionen gegenüber:

1. Das Verständnis bürgerschaftlichen Engagements als komplementäre, entlastende und in betriebliche Dienstleitungen eingebundene Tätigkeitsform, die in professionelle Handlungslogiken integriert und von ihnen gesteuert wird (Rosenkranz und Görtler 2013) und
2. das Verständnis bürgerschaftlichen Engagements als eigenständigem und eigensinnigem Ausdruck individueller oder selbstorganisierter Tätigkeit von Bürgerinnen und Bürgern, das es von Sozialunternehmen als Ausdruck gesellschaftlicher Solidarität in kleinen Lebenskreisen zu würdigen und zu stützen gilt ohne es zu vereinnahmen (Klie 2013).

Aus der Sicht von Professionellen in der Pflege (Fachkräfte) ist ein ambivalentes Verhältnis zum Thema freiwilliges Engagement auszumachen. Einerseits wird das Engagement begrüßt und gefordert, anderseits wird es in seiner Konkurrenz zum professionellen Handeln und in seiner potentiell geringeren Qualität problematisiert. So werden freiwillig Engagierte immer stärker mit Qualitätsanforderungen in Pflegekontexten konfrontiert. Dabei geht es auch um die Frage, welche Tätigkeiten von Engagierten wahrgenommen oder ihnen übertragen werden dürfen (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2015).

Eine zunehmend wichtigere Rolle spielt das freiwillige Engagement in Konzepten eines Wohlfahrtsbeziehungsweise Hilfemixes sowohl im Einzelfall als auch in speziellen Wohn- und Versorgungsformen wie etwa ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder Hospizen.

Engagement in Pflegekontexten wird für Menschen, die sich beruflich (neu) orientieren wollen als wichtiger Zugangsweg zu beruflichen Tätigkeiten in der Langzeitpflege gesehen. Dabei geht es nicht nur um klassische Pflegeberufe, sondern auch um hauswirtschaftlich und sozial ausgerichtete Berufe.

Aus dem Freiwilligensurvey 2009 und anderen Studien lassen sich bedeutsame Erkenntnisse für das Thema „Engagement und Pflege“ entnehmen (Klie 2013):

- Lediglich eine kleine Minderheit aller Engagierten ist im Gesundheitswesen und der Pflege aktiv, in der Pflege sind es etwa 2 Prozent. Dabei sind deutlich mehr Frauen als Männer in der Pflege freiwillig engagiert.
- Es sind zumeist Ältere, die sich für Ältere engagieren. Knapp 41 Prozent der in der Pflege Engagierten sind 66 Jahre oder älter.
- In der Pflege Engagierte sind überdurchschnittlich qualifiziert. Etwa 50 Prozent der Personen, die in der Pflege engagiert sind, haben mindestens Fachabitur, sie leben überproportional häufig allein oder mit einer weiteren Person zusammen und sehen sich in einer finanziell guten Lage. Einkommensschwache Personen sind seltener im Bereich der Pflege bürgerschaftlich engagiert (dafür allerdings häufiger in der Angehörigenpflege), sie leben häufiger auf dem Land oder im verdichteten Umland von Städten und seltener in Kernstädten. Häufig engagieren sich Mehrfachengagierte, die nicht nur in der Pflege tätig sind.
- Wer sich in der Pflege engagiert, engagiert sich zeitintensiv, das heißt etwa zwischen 10 und 20 Stunden im Monat.

- Rund 10 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten Unterstützung von freiwillig Engagierten und dies in einem Umfang von etwa 2 Stunden in der Woche.

Trotz vielfältiger Bemühungen und den geltenden Rahmenbedingungen steht und fällt das Engagement in Pflegekontexten mit der jeweiligen kommunalen Altenhilfe und Pflegepolitik sowie den Aktivitäten vor Ort. Kommunale Engagementpolitik ist in der Lage, das Ausmaß des Engagements in Pflegekontexten maßgeblich zu beeinflussen. Dabei erweist sich eine konsequente Engagementförderung und -kultur als maßgeblicher als der Einsatz von Formen der Monetarisierung, die mit den Reformen der Pflegeversicherung forciert wurden, aber ihrerseits regional sehr unterschiedlich verfahren (Klie u. a. 2012). Es fehlt allerdings an systematischen Wissensbeständen über die Aktivitäten und die Bedingungen vor Ort und ihre Wirkungen auf das Ausmaß an Engagement.

Bisherige Befunde verweisen auf eine vielfältige Engagementlandschaft im Bereich von Sorge und Pflege, bei der das „stille Engagement“, die in Nachbarschaften gelebte alltägliche Solidarität, nicht übersehen werden darf. Sie bildet immer noch neben der Familie die größte Ressource gegenseitiger Hilfe und will von den „Engagierten“ nicht unbedingt als Engagement im öffentlichen Raum gewertet werden (Klie und Schuhmacher 2014). Auch wenn Einigkeit darin bestehen mag, dass ohne das Engagement von Bürgerinnen und Bürgern eine an Teilhabe orientierte Sorge und Pflege nicht zu gewährleisten ist (Klie 2013), scheinen die Erwartungen an die Leistungsfähigkeit des Engagementsektors vor dem Hintergrund der vorliegenden Zahlen überhöht. Große regionale Unterschiede und bedeutsame Differenzen im Engagementniveau zwischen sozialen Milieus zeigen, dass das Thema Engagementförderung in einem größeren Governancezusammenhang steht (Evers u. a. 2015). Einzelprogramme verfangen als solche ebenso so wenig wie Appelle. Infrastrukturen der Engagementförderungen sind wichtig, aber nicht allein maßgeblich für das Engagementniveau (Generali Zukunftsfonds und ISAB 2014). Dieses hängt von lokalen Strukturen, Kulturen und einer entsprechenden Governance auf kommunaler und sublokaler Ebene ab. Einer sehr aufmerksamen und kritischen Diskussion bedürfen die zunehmend stärker genutzten Formen monetarisierten Engagements in Pflegekontexten (Beyer 2015; Klie 2015b; BAGFA 2015). Die Sachverständigenkommission zum Zweiten Engagementbericht der Bundesregierung hat hier Empfehlungen formuliert, die auf eine transparente Ordnung des Umgangs mit Geld im Ehrenamt abzielen und den Trägern von auf Engagement zurückgreifenden Diensten und Einrichtungen eine Verpflichtung zur Transparenz auferlegen. Keinesfalls dürfe der Kern des Engagements als unentgeltliche Tätigkeit durch Formen der Monetarisierung gefährdet werden. Nebenberufliche Tätigkeitsformen können eine sinnvolle Ergänzung zu hauptamtlich ausgeübten Tätigkeiten darstellen, sollten aber nicht als ehrenamtliche bezeichnet werden (BMFSFJ 2016).

Eine intensive Diskussion verdient der Vorschlag des Landes Bremen[48] Personen nach Erreichen der Regelarbeitsgrenze mit einem regional begrenzten Rechtsanspruch einen Platz im Bundesfreiwilligendienst einzuräumen, um insbesondere quartiersbezogene Formen des Engagements als Lerndienst zu fördern. Gerade Aufgaben der Sorge könnten Gegenstand dieser Dienste sein.

7.7.4 Osteuropäische Pflegekräfte in Privathaushalten

Europaweit, wenn auch mit großen Unterschieden zwischen den europäischen Staaten gewinnen im Wesentlichen osteuropäische Haushaltshilfen und Pflegekräfte zunehmend an Bedeutung für die Versorgung von auf Pflege angewiesenen Menschen in Privathaushalten. Während für Italien und Österreich entsprechende Zahlen vorliegen, gilt dies nicht für Deutschland (Lamura u. a. 2006). Hier belaufen sich die Schätzungen auf 100.000 bis 330.000 Haushaltshilfen und Pflegekräfte in Privathaushalten (ver.di 2014). Allgemein gilt: Je stärker die Langzeitpflege nach wohlfahrtsstaatlicher Orientierung in die familiäre Verantwortung gestellt und je geringer die gesamtstaatliche Verantwortung ausgeprägt ist, desto häufiger machen (Mittelschicht-)Familien in den reicheren Ländern – bei steigender Erwerbstätigkeit der Frauen und sich entwickelnder Doppelverdienerstruktur – von diesem Modell Gebrauch. In Skandinavien ist es hingegen kaum geläufig. Unbestritten kommt den privaten Haushaltshilfen und Pflegekräften eine große Bedeutung in der Versorgung von auf Pflege angewiesenen Menschen in Privathaushalten zu. Beim Einsatz von osteuropäischen Pflegekräften in Privathaushalten handelt es sich um einen grauen Markt. Zwar werden dem Wesen nach legale Dienstleistungen erbracht, überwiegend auch Beschäftigungs- oder Dienstleistungsverhältnisse etabliert, allerdings unter Rahmenbedingungen, die nicht nur ordnungspolitisch nicht gewünscht, sondern zumeist auch im Konflikt mit dem geltenden Recht stehen (ver.di 2014).

---

[48] Vorschlag des Landes Bremen auf der 92. Sitzung des Arbeits- und Sozialministerkonferenz am 07.10.2015.

Für den Einsatz von osteuropäischen Helferinnen und Helfer und Pflegekräften stehen unterschiedliche rechtliche Gestaltungsoptionen zur Verfügung:

- In Betracht kommt die Entsendung durch einen Pflegedienst im Ausland. Hier entsendet ein etwa in Polen tätiger Arbeitgeber eine Person in einen deutschen Haushalt zur Erbringung vereinbarter Dienstleistungen. Rechtliche Basis ist Artikel 12 Abs. 1 der Verordnung Nr. 883/2004 (EG). Die Entsendebescheinigung die der ausländische Pflegedienst vorzulegen hat, ist für alle deutschen Behörden und Gerichte verbindlich. Trotz dieser in der Praxis eingesetzten und genutzten „Verbindlichkeit" ist die Entsenderegelung aus verschiedenen Gründen (Bindung an den Mindestlohn, vorherige abhängige Beschäftigung der entsendeten Pflegekraft im Heimatland) unattraktiv.
- Eine zweite Variante stellt die Arbeitnehmerüberlassung dar. Die Arbeitnehmerüberlassung entspricht keineswegs den tatsächlichen Verhältnissen im Pflegehaushalt, da sie davon ausgeht, dass die Pflegekraft frei von Weisungen desjenigen handelt, in dessen Haushalt sie tätig ist. Formale Voraussetzung wäre in jedem Fall eine Erlaubnis nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG). Die Arbeitnehmerüberlassung ist für den auf Pflege angewiesenen Menschen und seine Familie mit hohen Risiken verbunden, da bei Unwirksamkeit der Arbeitnehmerüberlassung alle Pflichten eines Arbeitgebers von ihm zu erfüllen sind.
- Die dritte Variante ist die der selbstständigen Tätigkeit, die auf den ersten Blick die einfachste und von den beteiligten Akteuren als kostengünstigste favorisiert wird. Die Dienstleistungsfreiheit in Europa erlaubt EU-Bürgern, als selbstständige Pflegekraft oder Haushaltshilfe auch in Deutschland zu arbeiten. Voraussetzung ist eine Gewerbeanmeldung sowie eine Steuernummer.

Lediglich die bereits oben angeführte Entsendebescheinigung (A1-Bescheinigung) schützt vor der nachträglichen Qualifizierung der Tätigkeit als abhängige Beschäftigung. In aller Regel fehlt es für die sogenannte selbstständige Tätigkeit an den für sie typischen Merkmalen (Weisungsfreiheit, freie Arbeitszeitgestaltung etc.) (Körner 2011: 370ff.; ver.di 2014: 14ff.).

In jeder Hinsicht überzeugende und resonanzfähige Formen adäquater rechtlicher Regelungen, auch wenn sie in Modellprojekten erprobt wurden, liegen nicht vor (Isfort und Maalsburg 2004). Es gibt keine einfachen Lösungen zur Legalisierung und Gestaltung verträglicher und fairer Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen für osteuropäische Pflegekräfte in Deutschland, die in der Bevölkerung angenommen werden. Bisher werden aufgrund hoher sozialer Akzeptanz und geringer rechtlicher Risiken eher graue oder illegale Beschäftigungen bevorzugt, für die zumeist Mittel der Pflegeversicherung (Pflegegeld) eingesetzt werden. Die in Österreich gefundene Lösung einer 24-Stunden-Betreuung (Bachinger 2010) kann auch für Deutschland nicht als Vorbild gelten. Hier werden Pflegekräfte mit einem staatlich gewährten Sozialversicherungszuschuss ausgestattet, als Selbstständige behandelt, zumeist aber nicht über Vermittlungsagenturen aus Österreich in die Privathaushalte vermittelt. Es sind nicht nur Verstöße gegen die Dienstleistungsrichtlinien der EU, sondern auch die fehlenden Merkmale der Selbstständigkeit, die neben Inkompatibilitäten mit Arbeitsschutz und Arbeitszeitregelungen die Übernahme der österreichischen Regelung für Deutschland ausscheiden lassen. Verdi hat für die deutsche Situation Vorschläge für die Beschäftigung von Haushalts- und Pflegehilfen in Privathaushalten vorgelegt (ver.di 2015). Der Vorschlag von Verdi verbindet eine Profilierung der Tätigkeiten je nach Qualifikationshintergrund der Haushaltshilfen mit sicheren und transparenten rechtlichen Rahmenbedingungen auf der Basis der ILO-Konvention 189 (Menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte). Zur letzteren gehört etwa die Anwendung des Arbeitszeitgesetzes und eine Anpassung der Ausnahmetatbestände, die Anwendung bestehender Mindestlohnregelungen auch auf Hausangestellte und entsprechende präventive und nachträgliche Kontrollen und Aufsichtsmöglichkeiten durch die zuständigen Behörden. Die Vorschläge von Verdi sehen als zentrale „Agentur" der Beratung, Vermittlung aber auch Kontrolle und Qualitätssicherung, Dienstleistungszentren auf regionaler/kommunaler Ebene vor, in denen Angebote der Beratung, Vermittlung und Qualifizierung koordiniert bereitgehalten werden. Auch geht Verdi davon aus, dass osteuropäische Haushaltshilfen und Pflegekräfte sinnvoll in einen Mix aus Hilfen einzubinden sind, in denen sie ihre spezifische Funktion erfüllen und entfalten können. Entsprechend wären professionelle Hilfeplanverfahren auch auf die Integration von osteuropäischen Pflegekräften auszurichten. Die grundsätzliche Problematik, insbesondere Frauen aus Osteuropa als Lösung für die Versorgungsengpässe in der häuslichen Versorgung einzusetzen, häufig ohne hinreichende Würdigung ihrer Lebensbedingungen und der Lebenslagen ihrer Familien, bedarf einer offensiven politischen Diskussion. Das Phänomen des breiten Einsatzes osteuropäischer Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten, insbesondere in der Mittelschicht, weist darauf hin, dass das formelle Pflegesystem in Deutschland nicht in der Lage ist, häusliche Pflegearrangements in einer Weise zu stärken und zu stützen, wie

dies aus der Sicht der Haushalte für erforderlich gehalten wird. Die niedrige Quote der Inanspruchnahme von formellen Diensten im Rahmen der Pflegeversicherung unterstützt diesen Befund.

Die Kommission stellt hiernach erhebliche Desiderate in der Forschung zu den quantitativen Dimensionen der osteuropäischen Haushaltshilfen fest, die dringend aufgearbeitet werden müssten. Allein hierin würde zum Ausdruck gebracht, dass die politische Relevanz des Themas erkannt wird. Auch eine Flexibilisierung des Leistungsrechts könnte auf eine stärkere Nutzung legaler Beschäftigungsformen hinwirken. Eine reine beziehungsweise überwiegend pflegegeldbasierte Finanzierung belässt das Thema im Graubereich der Pflegeversicherung. Dies wird für unverantwortlich gehalten. Die bisherige politische und gesellschaftliche Tatenlosigkeit sowie eine kaum problematisierende, häufig sogar positive Darstellung solcher Arrangements in den Medien, lassen darauf schließen, dass die damit zusammenhängenden Konflikte vermieden und die Rechtsbrüche tendenziell in Kauf genommen werden.

7.8 Sorge, Pflege und Gender

Die Altenberichtskommission orientiert sich bei ihrer Argumentation für den Aufbau und die Stärkung zukunftsfähiger Gemeinschaften am Prinzip der Subsidiarität (vgl. Kapitel 3 in diesem Bericht), das auf die Selbstorganisationsfähigkeiten von Bürgerinnen und Bürgern in familiär, nachbarschaftlich und/oder zivilgesellschaftlich organisierten Netzwerken gründet, die, „unterhalb“ staatlich regulierter oder finanzierter und professionell erbrachter Dienstleistungen Sorgeleistungen erbringen. Das so verstandene Subsidiaritätsprinzip geht davon aus, dass ein (wie auch immer zu bemessender) relevanter Anteil der Sorge für Andere (Kinder, Menschen mit Einschränkungen, ältere Menschen) privat, informell und meist auch unentgeltlich erbracht wird. Allerdings ist dieser „Gesellschaftsvertrag“ bisher kontinuierlich mit einer erheblichen Genderungerechtigkeit verknüpft, weil – weitgehend stillschweigend, ohne dies zu thematisieren – davon ausgegangen wird, dass Frauen den größeren Teil dieser unbezahlten Sorge- oder Care-Arbeit und Männer den größeren Teil der bezahlten Erwerbsarbeit verrichten.

Mit dieser ungleichen Verteilung unbezahlter und bezahlter Arbeit geht auch die ungleiche Verteilung von Einkommen und Vermögen bis ins Alter einher (vgl. Kapitel 4.2 und 4.6.1 in diesem Bericht). Diese Zusammenhänge werden im folgenden Abschnitt verdeutlicht. Dabei werden aus einer gendertheoretischen Perspektive Gerechtigkeitsfragen hinsichtlich der Verteilung produktiver und reproduktiver Care-Arbeit und deren gesellschaftlicher Wertschätzung diskutiert. Aus dieser Perspektive erscheinen gesellschaftliche Ordnungen wie die der skandinavischen Länder, die dem Staat eine größere Verantwortung hinsichtlich der Organisation der Care-Arbeit zusprechen, im Sinne verwirklichter Geschlechtergerechtigkeit erfolgreicher.

Auf den ersten Blick scheinen hier unvereinbare Perspektiven aufeinanderzutreffen: Aus der „Gender-Care“-Perspektive scheint das Subsidiaritätsprinzip, welches die Familie (nachgeordnet Nachbarschaft, soziale Netzwerke, Zivilgesellschaft) und damit hauptsächlich die Frauen als zentrale Institution der Sorgearbeit vereinnahmt, noch immer weitgehend paternalistisch geprägt und wenig geeignet, Genderungerechtigkeiten abzubauen. Tatsächlich geht – insbesondere bei der Sorge für Kinder – auch die deutsche Politik zunehmend den Weg, größere Anteile auch der Kleinkindversorgung (mehr oder weniger staatlich subventioniert) kollektiv erbringen zu lassen und insofern Frauen im Sinne einer verbesserten Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie zu entlasten; der verbleibende Teil der Sorgearbeit wird allerdings weiterhin zu großen Teilen von Frauen auch neben der eigenen Erwerbsarbeit erledigt.

Eine geschlechtergerechte Interpretation des Subsidiaritätsprinzips muss auf eine Selbstverständlichkeit der – größtmöglichen, wenn auch prinzipiell nicht vollständig erreichbaren – Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Erwerbsarbeit für Männer *und* Frauen abzielen und auf ein Gesellschaftsbild, das Sorgearbeit als wesentlichen und wertvollen Teil des Lebens versteht und sie nicht lediglich „intelligent gelöst“ in die letzte Stunde des Tages verbannt. Ein neu zu interpretierendes Subsidiaritätsprinzip (vgl. Kapitel 3 in diesem Bericht) muss auch anspruchsvolle Berufswege, nicht nur einfache und geringer bezahlte Erwerbstätigkeiten, kompatibel mit Sorgearbeit ermöglichen. Dies muss als existenzielle Grundlage offensiv verdeutlicht und in gesellschaftspolitische Maßnahmen umgesetzt werden. Andernfalls könnte nicht von einem gerechten und zukunftsweisenden Subsidiaritätsprinzip gesprochen werden, das Subsidiaritätsprinzip würde dann weiterhin zur Aufrechterhaltung der Geschlechterungerechtigkeit beitragen.

7.8.1 Sorgearbeit (Care) aus der Genderperspektive[49]

Sorgearbeit (Care) wird im Wesentlichen von Frauen geleistet. Dies gilt sowohl für informelle Sorgearbeit als auch für professionelle und professionalisierte Care-Tätigkeiten. Außerdem leisten Frauen im familiären und auch nachbarschaftlichen Kontext zumeist unbezahlt Sorgeleistungen für unterstützungsbedürftige Ältere und nehmen dabei Einschränkungen in ihrer Erwerbsbiografie in Kauf, die zudem zu begrenzten Rentenerwartungen führen.

Sorgearbeit oder „Care" ist eine gesellschaftliche Aufgabe von höchster Bedeutung – unabhängig davon, ob wir von familialen und informellen Care-Tätigkeiten sprechen oder von professioneller und professionalisierter Sorgearbeit auf einem regulären oder grauen Arbeitsmarkt. Winker hat auf der Basis von Berechnungen des Statistischen Bundesamtes für das Referenzjahr 2001 berechnet, dass das Arbeitsvolumen solcher Reproduktionsarbeiten in Deutschland mit „96 Mrd. Stunden die 56 Mrd. Stunden Erwerbsarbeit um das 1,7-fache" überstieg (Winker 2010: 19).

Diese Aufgaben sind gesellschaftlich unzureichend anerkannt. Historisch betrachtet wurde über die „Erwerbstätigkeit der Zugang zu den gesellschaftlich geschätzten materiellen und immateriellen Gütern wie Einkommen und Sicherheit, Anerkennung und Status geebnet" (Lessenich 2011: 258) und „Erwerbsarbeit zunehmend zum zentralen Bezugspunkt des gesellschaftlichen Lebens" (Beckmann 2014: 10): „Die Bedeutung von Fürsorge, die ebenso wesentliche Aufgaben für den Erhalt einer Gesellschaft umfasst, wurde und wird bis heute missachtet. Die mangelnde Anerkennung von Care ist Teil der Geschlechterordnung der Moderne" (ebd.), die sich in dem dualistischen und asymmetrischen Verhältnis von „Öffentlich/Privat, Mann/Frau und Erwerbsarbeit/Fürsorgearbeit" (ebd.) zeigt.

Schon in vorindustriellen Zeiten wurde dem Handel, Verkauf und Austausch von Produktions- oder Handelsgütern – also Dingen, die hergestellt, produziert oder gewonnen werden – eine größere Wertschätzung entgegengebracht, als dem Austausch von personenbezogenen Dienstleistungen, wie etwa den Diensten von Küchenmägden oder Kammerdienern (Beckmann 2014). So entsprachen deren Tätigkeiten doch jenen sonst in der Familie ausgeübten unbezahlten Aufgaben wie Kochen, Putzen, Waschen, die nur dadurch ihr Wesen änderten, weil sie vom privaten Raum ins Öffentliche übertragen wurden (Arendt 1994: 47). Ihren reproduktiven Charakter verloren diese Tätigkeiten jedoch nie, das heißt sie waren stets an Personen gebunden und zumeist sich immer wieder aufs Neue wiederholende Aufgaben. „So konnte die Tätigkeit des Arbeitens [Sorgearbeitens], die unter allen Bedingungen dem Lebensprozess verhaftet bleibt, durch Jahrtausende hindurch stationär bleiben, eingefangen in den Kreis immerwährender Wiederkehr, in dem sich der Lebensprozess selbst bewegt, an den sie gebunden ist" (Arendt 1994: 47). Diese Tätigkeiten wurden also, so Arendt, schon in vorindustrieller Zeit gering geschätzt, als begrifflich zwischen Arbeiten (womit Tätigkeiten im Haushalt und in der Pflege gemeint waren) und Werken (womit das Herstellen von Gütern gemeint war) unterschieden wurde. Arendt sieht eine mögliche Erklärung für die Geringschätzung darin, dass diese Aufgaben immer Wiederkehrendes und Notdürftiges bewältigten, „ohne je etwas Bleibendes zu produzieren" (Arendt 1994: 80), wohingegen durch die Tätigkeiten des Werkens etwas hergestellt wurde, das getauscht oder verkauft werden konnte. Aufgaben des Sorgens folgen einer ganz anderen Logik und sind immer nur begrenzt in „fest verlässliche und nicht ökonomisierbare" Zeittakte zu fassen.

Gleichzeitig umreißt Sorgearbeit ein weiblich konnotiertes Tätigkeitsfeld und stellt einen „Kreislauf oder ein Beziehungsgeflecht von Marginalisierung und Benachteiligung" (Arendt 1994: 12), die vor allem Frauen betreffen, indem ihnen die gering geschätzte Sorgearbeit als Teil des Privaten zugewiesen wird. Frauen und Männern wurden (und werden) also verschiedene Sphären mit unterschiedlichen Aufgabenfeldern zugewiesen: die „Produktion in der Form von Erwerbsarbeit und […die] notwendige[n] reproduktive[n] Tätigkeiten der Für- und Selbstsorge in privathäuslicher, kleinfamiliärer Form" (Schmidt 2012: 90) sind untrennbar mit dem Geschlechterverhältnis, also der „grundlegenden Weise, wie die beiden Geschlechter in einer Gesellschaft zueinander in Relation gesetzt sind" (ebd.), verbunden. Dieses Geschlechterverhältnis formt also die Geschlechterordnung einer Gesellschaft. Durch die „gesellschaftlich-historische" Verkoppelung von Berufsarbeit und familialer Alltagsarbeit als Voraussetzung kapitalistischer Vergesellschaftung kann die Geschlechterordnung somit als implizite Grundvoraussetzung der Gesellschaftsordnung verstanden werden.

---

[49] Der hier folgende Absatz gibt Teile der für die Altenberichtskommission verfassten unveröffentlichten Expertise „Sorgearbeit (Care) und Gender" von Sabine Beckmann (2014) wieder. Dabei wechseln sich wörtliche Wiedergaben mit zusammenfassenden Formulierungen ab.

In den postmodernen Gesellschaften haben sich insbesondere im Hinblick auf die Erwerbsbeteiligung von Frauen die Geschlechterverhältnisse in Teilen verändert. Abhängig von den unterschiedlichen wohlfahrtsstaatsstaatlichen Orientierungen haben sich unterschiedliche Pfade im Verhältnis von Gender, Care und Citizenship herausgebildet. Während in den skandinavischen Wohlfahrtsstaaten die öffentliche Verantwortung (gegenüber einer familiären) sowie das Niveau und die Breite des Anrechts auf Leistungen und die Absicherung von Care-Bedarfen hoch ist, weist das südeuropäische Wohlfahrtstaatsmodell hier nur ein niedriges Niveau aus, während sich die in Deutschland etablierte wohlfahrtstaatliche Orientierung zwischen den beiden anderen Entwicklungspfaden einordnen lässt.

In der Frage der Stärkung regulärer und qualifizierter Arbeitsplätze zeigt der Vergleich der drei europäischen Wohlfahrtstaatskonzepte das gleiche Bild (Theobald 2008); in dieser Beziehung schneiden die skandinavischen Staaten am besten, die südeuropäischen Staaten am schlechtesten ab. Entsprechend dreht sich die Reihenfolge um, wenn das Ausmaß des „grauen Arbeitsmarktes“ (prekäre und ethnisierte Arbeitsplätze) vergleichend betrachtet wird. Deutschland zeigt eine Tendenz zu einem doch eher hohen Anteil solcher Arbeitsverhältnisse. Eine Stärkung von „Gender-Equality“ durch Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Care-Verantwortung, sowie durch qualifizierte Arbeitsplätze im Care-Bereich und die Wahrnehmung öffentlicher Verantwortung durch Frauen, sind nur im skandinavischen Wohlfahrtstaat überzeugend zu erkennen. In dieser Hinsicht sind im süd- und mitteleuropäischen Wohlfahrtsstaatsmodell nur geringe Bemühungen zu verzeichnen. Mit der Familienorientierung der konservativen Wohlfahrtsstaaten verbleibt ein großer Teil der Care-Arbeit weitgehend unbezahlt im Privaten, was in der Konsequenz ein hierarchisches Geschlechterverhältnis aufrechterhält. Es korrespondiert noch immer mit dem sogenannten „Familienernährermodell“ und der „Versorgerehe“, was die Erwerbstätigkeit des Mannes und die Nicht- oder Teilerwerbstätigkeit der Frau, die sich ansonsten um die Haus- und Familienarbeit kümmert (vgl. Winker 2007: 23), voraussetzt. Entgegen anderer in Europa verankerter wohlfahrtsstaatlicher Orientierungen, die Strukturen im Sinne einer „Gender-Equality“ geschaffen haben (s. o.), basiert in Deutschland das System sozialer Sicherung noch weitgehend auf der Erwerbsarbeit und leiten sich auch viele relevante gesellschaftliche Institutionen aus der geschlechtlichen Arbeitsteilung ab. Dies betrifft zum Beispiel die „Normalarbeitszeit“, Vorstellungen von „Vollzeit“-Arbeitsplätzen, aber auch gesellschaftliche Zeitstrukturen wie Öffnungszeiten von Ämtern, Läden, Schulen und Kindergärten.

Dies änderte auch das sogenannte „adult worker model“ nicht grundsätzlich, welches davon ausgeht, dass Männer wie Frauen als Erwerbspersonen ihre Arbeitskraft zur Verfügung stellen: Die Doppelverdiener-Familie ist inzwischen die Norm, wobei dabei sowohl bessere Bildungs- und Qualifizierungschancen von Frauen als auch die Notwendigkeit, den Unterhalt einer Familie mit zwei Einkommen abzusichern, wesentlich für diese Entwicklung sind. Gleichzeitig bestimmt das Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf vor allem den Alltag der Mütter, im Kontext der Pflege älterer Menschen, längst auch den Alltag vieler Töchter oder anderer weiblicher Angehöriger.

Deshalb ist auch festzustellen, dass sich die Verteilung des Arbeitsvolumens zwischen Männern und Frauen kaum geändert hat, „obwohl sich die Erwerbsquoten von Männern und Frauen allmählich angleichen“ (Beckmann 2014: 22). Die Zunahme von Teilzeitarbeitsplätzen, Mini- und Midijobs betrifft nahezu ausschließlich Frauen, während Männer in der Regel weiter in Vollzeit erwerbstätig sind, wenngleich sie auch häufiger von Arbeitslosigkeit und Befristung betroffen sind und seltener wirklich den „Familienlohn“ verdienen können als früher. Damit bleiben haus- und familienbezogene (Care-)Arbeiten auch weiterhin geschlechtlich strukturiert. „Somit liegt der kritische Punkt der derzeitigen Ausgestaltung des adult worker model und der Doppelverdiener-Familie darin, dass die Annahme aller, und somit auch der Frauen, als adult worker die Tatsache ausblendet, dass Frauen im Gegensatz zu Männern nach wie vor die Hauptlast der Fürsorgearbeit tragen“ (Beckmann 2014: 21).

Wurden Kinder, Haushalt und pflegebedürftige Verwandte also vormals durch die unbezahlte Arbeit nicht erwerbstätiger und durch den Familienlohn gesicherter Hausfrauen versorgt, bedurfte es aufgrund der zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen nun einer anderen Organisation von Fürsorgearbeit. Diese erfolgt in Teilen durch eine Verlagerung von Sorgearbeit von der Familie auf den Staat oder Markt. Der Ausbau von Kinderbetreuungseinrichtungen und Pflegedienstleistungen begleitet die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen. Zugleich nimmt die Inanspruchnahme von haushaltsbezogenen Dienstleistungen in Form von Putzhilfen, Au-Pair-Mädchen, Kinderfrauen oder „24-Stunden-Pflegerinnen“ zu. Dabei haben die wohlfahrtsstaatlichen Rahmungen in Deutschland die öffentliche Verantwortung gegenüber einer familiären oder die Absicherung von Care-Bedarfen nicht konzeptionell und instrumentell konsequent ausgeprägt (Theobald 2008). Auch wenn man Care-Dienstleistungen in privaten Haushalten als Lösung von Care-Problemen benennt, ist festzuhalten, dass nach wie vor Frauen

in den Familien für den Haushalt, die Erziehung und Betreuung der Kinder und die Versorgung Pflegebedürftiger zuständig sind und dies mit geringer Bezahlung verrichten.

Im Wohlfahrtsstaat als institutionalisierter Form der Regulierung gesellschaftlicher Verhältnisse zwischen Staat, Markt und Zivilgesellschaft kommt der Organisation von Care besondere Bedeutung zu. Zugleich ist die jeweilige Konstruktion der Care-Organisation aber auch grundlegend für die Gestaltung wohlfahrtsstaatlichen Handelns, da der Wohlfahrtsstaat „in der Aufgabenteilung zwischen Staat, Markt und Familie eine geschlechtliche Arbeitsteilung“ (Weckwert 2008: 145) voraussetzt, indem der Bezugspunkt des wohlfahrtsstaatlichen Handelns die Erwerbsarbeit ist und damit verbunden die je spezifische Form der „gesellschaftlichen Trennung von Öffentlich und Privat und die damit jeweils einhergehende Arbeitsteilung zwischen Erwerb und Fürsorge“ (Beckmann 2014: 17).

„Die Erwerbsarbeit als zentraler Bezugspunkt des Wohlfahrtsstaates drückt sich dadurch aus, dass das System der sozialen Sicherung darauf ausgerichtet ist, mögliche Risiken im Falle des Ausfalls von Erwerbsarbeit (etwa Erwerbsunfähigkeit, Erwerbslosigkeit, Krankheit) abzusichern und die meisten Sozialleistungen (etwa Rente, Krankenversicherung) von durch Erwerbsarbeit erworbenen Ansprüchen abzuleiten“ (ebd.: 17). Im Hinblick auf die Gestaltung von zukunftsfähigen Sorgearrangements sind die Zusammenhänge von Wohlfahrtsstaatlichkeit und Sorgearbeit künftig stärker in den Blick zu nehmen, um diese Dimensionen sozialer Ungleichheit, gebunden an die Geschlechterverhältnisse, nicht unabänderlich zu reproduzieren.

Die Art und Weise wie Care wahrgenommen, verortet, organisiert und ins Verhältnis zur Erwerbsarbeit gesetzt wird, werden als „Care-Regime“ bezeichnet. Diese Muster basieren auf Geschlechterleitbildern und reproduzieren diese. Die Organisation und Verortung von Care in der Gesellschaft basiert auf komplexen gesellschaftlichen, kulturellen und institutionellen Verflechtungen. Das Care-Regime ist durch die Art und Weise konstruiert, wie Frauen und Männer arbeiten, welche Arbeit welchem Geschlecht zugeordnet wird, wie unbezahlte Arbeit im Verhältnis zur bezahlten Arbeit betrachtet und organisiert wird, und in welcher Weise sich der Staat für diese Organisation verantwortlich zeichnet.

Dazu gehören Vorstellungen, ob und wie Mann und Frau Fürsorgearbeit leisten, wie Mutterschaft und Vaterschaft idealtypisch gestaltet sein sollten, wie ein würdevolles Alter aussieht, wie die Versorgung von Alten oder Pflegebedürftigen aussehen soll, wie diese Aufgaben in der Gesellschaft organisiert werden sollen: In der Familie, durch die Frau, durch beide Geschlechter gemeinsam, durch staatliche Unterstützung.

Die Geschlechter-Ungerechtigkeit lässt sich jedoch auch aus einer Genderperspektive nicht durch eine Verlagerung von Sorgearbeit aus der Familie heraus auf den Markt oder den Staat vollständig ausgleichen: „Sorgearbeit [lässt sich] nicht vollständig formalisieren, monetarisieren und auf den Staat oder Markt verlagern“ (Pfau-Effinger und Geissler 2005: 5). Es liegt im Wesen von Care, das die Anforderungen nicht in einem zeitlich linearen Rahmen erfüllt werden können. Care sei daher nicht vollständig „de-familiarisierbar“, weil es nicht möglich sei, Care gänzlich zu kommodifizieren (Lewis und Giullari 2005). In der Konsequenz bedeutet dies, dass Menschen mit Betreuungspflichten zu einem Arbeitsmarkt, der das Leitbild der Vollzeit verfügbaren, unabhängigen und flexiblen Erwerbsperson aufrechterhält, stets nur einschränkten Zugang haben werden. So lange dieses hauptsächlich Frauen betrifft, bleiben die ungleichen Chancen bestehen.

Möglichkeiten des Staates, auf die soziale Ungleichheit entlang der Genderkategorie Einfluss zu nehmen, liegen darum in einer arbeits- und familienbezogenen Sozialpolitik, die Freistellungen für die Pflege Angehöriger oder anderer Arbeitszeitarrangements für beide Geschlechter vorsieht. Die egalitärere Partizipation von Männern und Frauen am Arbeitsmarkt ist eine Grundvoraussetzung für eine egalitärere Verteilung von Care zwischen den Geschlechtern (Beckmann 2014: 19).

Allen Veränderungen im Erwerbsbereich zum Trotz wurde eine Neuorganisation von Care bisher vernachlässigt. Da trotz einer zunehmenden Erwerbspartizipation von Frauen eine Neuverteilung von Care zwischen den Geschlechtern nicht automatisch erfolgen muss (und bislang auch noch nicht erfolgt ist) (Brückner 2009: 44), hat die feministische Kritik am Familienlohn und am Alleinernährermodell mit der daran anknüpfenden Forderung nach einer gleichberechtigten Frauenerwerbstätigkeit nicht die einfache Etablierung einer Doppelverdiener-Familie nach Vorbild des adult worker model intendiert.

Für die Neue Frauenbewegung bedeutete die „Überwindung der Geschlechterungerechtigkeit“, die „systematische Abwertung von Pflege- und Sorgetätigkeiten und der geschlechterorientierten Arbeitsteilung sowohl bei bezahlten wie bei unbezahlten Tätigkeiten zu beenden. Die Neue Frauenbewegung verfolgte also ein breit angelegtes Emanzipationsprojekt, das auf eine radikale Umgestaltung der Tiefenstrukturen der kapitalistischen Gesellschaft zielte“ (Fraser 2009: 49). Diese radikale Umgestaltung der Tiefenstrukturen ist bislang nicht erfolgt; nach wie vor

ist eine auf „die Belange des Erwerbs fixierte Lebenskultur“ (Kurz-Scherf 2007: 270) hegemonial. Das bedeutet, dass das (Familien-)Leben um die Erwerbsarbeit herum organisiert wird.

Vollzeitbeschäftigte mit Fürsorgepflichten benötigen häufig über die staatlichen Betreuungseinrichtungen hinaus weitere Dienstleistungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Knapp (2009: 316) verweist auf die „Gleichstellungsgewinne von Frauen bestimmter Schichten […] auf der Basis von Umverteilung der Hausarbeit als prekäre Lohn- und Schattenarbeit an andere Frauen“. Aufgrund der weitgehend fehlenden Neuverteilung familialer Arbeit zwischen Frauen und Männern gewinnt eine andere Tendenz immer stärker an Bedeutung: Die Umverteilung von Arbeit zwischen Frauen (Rerrich 2010: 82). Oft werden Care-Arbeiterinnen gebraucht, um die Organisation von Erwerbs- und Familienleben zu bewältigen. Die Möglichkeit vieler Familien, die Erwerbstätigkeit von Frauen in vollem Umfang aufrechtzuerhalten, hängt somit davon ab, Sorgearbeit auf andere Frauen, häufig mit Migrationshintergrund, zu übertragen (vgl. Misra und Merz 2007: 123). Denn neben Familienmitgliedern wie zum Beispiel Großeltern findet man Babysitter, Kindermädchen, „bezahlte live-ins (meist Migrantinnen) in der häuslichen Pflege, und nicht zuletzt die ungezählten Reinigungskräfte mit und ohne Migrationshintergrund“ (Rerrich 2010: 82). Diese Dienstleistungen können sich hauptsächlich finanziell besser situierte Familien leisten, während die Inanspruchnahme von Haushaltshilfen, Pflegerinnen und Kindermädchen für Familien mit geringem Einkommen unerschwinglich ist.

Für einkommensschwache Familien mit Sorgeverpflichtungen gegenüber Kindern oder fürsorgebedürftigen Angehörigen ist eine gemeinsame Erwerbstätigkeit entsprechend dem Leitbild der Doppelverdiener-Familie also häufig viel schwieriger zu organisieren; dies betrifft im besonderen Maße Familien mit Migrationshintergrund. Eine besonders ambivalente Wirkung entfaltet Familienpolitik dort, wo neben kostspieligen Betreuungseinrichtungen Maßnahmen wie Betreuungsgelder bestehen. Denn für Familien, welche eine Kleinkindbetreuung nur eingeschränkt oder gar nicht in Anspruch nehmen können, bietet das Betreuungsgeld einen hohen Anreiz, sich für die Erwerbsunterbrechung der Frau zu entscheiden, wohingegen Familien mit gehobenem und höherem Einkommen Eltern- und Pflegegeldangebote eher in Kombination mit einer Erwerbsreduzierung nutzen und zusätzlich marktförmige Dienstleistungen in Anspruch nehmen (vgl. Beckmann 2014). Hieran zeigt sich, wie sozialpolitische Maßnahmen Familien sozial verteilt unterschiedlich ansprechen, mit der im Ergebnis sozial und ethnisch konnotierten Differenzierung und Hierarchisierung. In vielen europäischen Wohlfahrtsstaaten wird die mit dem adult worker model verbundene gemeinsame Erwerbstätigkeit von Elternpaaren faktisch vor allem bei Gut- und Besserverdienenden gefördert.

Im Zuge von sozial-kulturellem Wandel mit einer Bildungsexpansion und insbesondere unter dem Eindruck der Transformationsprozesse „vom welfare zum workfare state“ (Mohr 2009) mit dem Ideal des „adult worker“ erhöhte sich der Anteil der erwerbstätigen Frauen auf 67,6 Prozent im Jahr 2012, wenngleich im hohen Maße in Form von Teilzeitbeschäftigungen (Bundesagentur für Arbeit 2013).

Auf der Basis der Zeitbudgeterhebung in Deutschland, die in den Jahren 2001/2002 durchgeführt wurde, wurden Berechnungen durchgeführt, die die weiterhin andauernden geschlechtsspezifischen Unterschiede der Zeitverwendung dokumentieren. Samples, die unterschiedliche Altersgruppen von Frauen und Männern sowie verschiedene Familienkonstellationen einbeziehen, weisen Differenzen in der Zeitverwendung auf, die unter dem Strich aber eine Gemeinsamkeit haben: Männer sind nach wie vor im höheren Umfang erwerbstätig, wohingegen Frauen mehr Zeit für Sorgetätigkeiten, also für Hausarbeit, Kinderbetreuung und die Versorgung Pflegebedürftiger, verwenden. Diese Unterschiede zeigen sich erwartungsgemäß in Familien mit Kindern oder Pflegebedürftigen stärker, hier sind die Differenzen zwischen Frauen und Männern ungleich größer.

Unter Einbeziehung der Daten der Zeitbudgeterhebung hat Hacket (2012) die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Zeitverwendung für Frauen und Männer im Alter von 18 bis 65 Jahre mit und ohne Kinder errechnet. Dabei wird deutlich, dass Männer höhere Erwerbsarbeitszeiten haben, während Frauen mehr Zeit für Hausarbeit verwenden: Durchschnittlich wenden Frauen dreimal so viel Zeit für Hausarbeit auf als Männer. Ebenso sieht es bei der Zeitverwendung für Kinderbetreuung aus, für die sich Frauen zeitlich etwa zweieinhalb Mal mehr engagieren als Männer (Hacket 2012: 682f.). Gerade in Familien mit Kindern oder Pflegebedarfen wird die Teilzeitbeschäftigung von Frauen häufig gewählt, um Erwerbs- und Fürsorgearbeit zu vereinbaren. Entsprechend zeigen sich nach wie vor bedeutende Unterschiede im zeitlichen Engagement von Frauen und Männern für Erwerbsarbeit, Kinderbetreuung, Hausarbeit oder Pflege.

Die Zuweisung von Care an Frauen zeigt sich selbst bei Paaren, in denen beide in Vollzeit erwerbstätig sind, als ungleiche Verteilung von Sorgearbeit zwischen den Geschlechtern, im Hinblick auf eine höhere Zeit- und Arbeitsbelastung von Frauen, weniger Freizeit und weniger Möglichkeiten der Partizipation an Erwerbsarbeit und

anderen Prozessen öffentlicher Teilhabe. Auch in der Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger zeigt sich ein Genderbias, wenngleich gerade bei der Pflege älterer Angehöriger sich zunehmend Männer, insbesondere als Ehepartner, engagieren (vgl. Theobald 2009: 66). 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt (Statistisches Bundesamt 2015a), wobei der Frauenanteil unter den pflegenden Angehörigen 76,1 Prozent ausmacht (Lamura u. a. 2006). Dies sind vor allem Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter. Auch das zeitliche Engagement unterscheidet sich nach Geschlecht. So versorgen und betreuen pflegende Männer ihre pflegebedürftigen Angehörigen durchschnittlich 2,7 Stunden täglich, wohingegen Frauen durchschnittlich 3 Stunden aufwenden (Schupp und Künemund 2004). Eine Auswertung der Daten der dritten Welle der Zeitverwendungsstudie des Statistischen Bundesamtes (Blinkert 2015)[50] zeigt,

- dass die Quote derer, die in einem Mehrpersonenhaushalt leben und sich an der Versorgung einer pflegebedürftigen Person im selben Haushalt beteiligen mit drei Prozent niedrig ausfällt;
- dass innerhalb der Bandbreite solidarischer Aktivitäten die Unterstützung pflegebedürftiger Haushaltsmitglieder nur einen vergleichsweise geringen Stellenwert einnimmt;
- dass die Unterstützung pflegebedürftiger Haushaltsmitglieder eher mit einer Verstärkung der Bereitschaft zu anderen Formen des Engagements verbunden ist als umgekehrt;
- dass während in den westdeutschen Bundesländern der Anteil derer, die gegenüber pflegebedürftigen Haushaltsmitgliedern Unterstützung leisten, höher als in ostdeutschen Bundesländern ist, in den ostdeutschen Bundesländern die hierfür aufgewendete Zeit im Durchschnitt jedoch deutlich höher ist als in westdeutschen Bundesländern;
- dass der Anteil der Frauen, die ein pflegebedürftiges Haushaltsmitglied versorgen, meist höher als der der Männer ist (3,7 Prozent versus 2,8 Prozent). Gleichzeitig wenden Frauen im Durchschnitt mehr Zeit für Pflege auf als Männer (rund 21 Stunden pro Woche versus 14 Stunden).

Mit zunehmendem Alter der Bezugspersonen steigt der Anteil der Pflegenden und auch die für die Pflege aufgewendete Zeit nimmt zu. Pflegebedürftige Personen, die in einem Zweipersonen-Rentnerhaushalt leben, erhalten deutlich häufiger pflegerische Unterstützung in ihrem Haushalt und dies auch in einer hohen zeitlichen Intensität (21 Stunden pro Woche). Aussagen über den Zusammenhang von Migrationshintergrund und Erwerbsarbeit in ihrer jeweiligen Bedeutung für die Beteiligung an Pflegeaufgaben im eigenen Haushalt lassen sich aufgrund der niedrigen Fallzahlen nicht in einer belastbaren Weise darlegen. In der Tendenz wenden Personen mit Migrationshintergrund deutlich mehr Zeit für ihre pflegebedürftigen Haushaltsmitglieder auf als der Durchschnitt (30 Stunden pro Woche gegenüber 17,2 Stunden). Auch lässt sich in der Tendenz ein Zusammenhang zwischen Schichtarbeit und der zeitlichen Intensität der Beteiligung an Pflegeaufgaben nachzeichnen.

7.8.2 Genderdimensionen der professionellen Care-Arbeit[51]

Die weibliche Konnotation von Sorgetätigkeiten und die historisch bedingte Geringschätzung dieses Arbeitsbereichs wirkt sich auch im Bereich der professionellen Care-Arbeit aus, die ein auf dem geschlechtsspezifisch segregierten Arbeitsmarkt ein klassisch weibliches Tätigkeitsfeld ist und wesentlich durch prekäre Arbeitsbedingungen, Arbeitsverhältnisse und niedrige Löhne charakterisiert wird (vgl. Beckmann 2014: 35).

Sowohl die Zuweisung von Sorgearbeit an Frauen als auch die geringe Anerkennung von Care ist in den Genderdimensionen im Bereich der Gesundheits- und sozialen Berufe erkennbar. Diese Berufe zeichnen sich durch einen hohen Frauenanteil aus; das heißt, dass Frauen nach wie vor ein hohes Interesse an diesen Berufen haben, wohingegen Männer eher selten in diesen Berufsfeldern zu finden sind. Ausnahmen im Bereich der Gesundheitsberufe sind hierbei nur die als höher qualifiziert geltenden und besser bezahlten Professionen wie Ärzte oder Apotheker. Zudem zeichnet sich der Bereich der Pflege- und Sozialberufe durch häufig schlechte Beschäftigungsbedingungen

[50] In der Anlage der dritten Welle der Zeitverwendungserhebung wurde dem Thema Pflegebedürftigkeit wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Es wäre wünschenswert, dass bei einer vierten Welle der Zeitverwendungsstudie das Thema Pflegebedürftigkeit deutlich prominenter behandelt und auch die Beteiligung an Pflegeaufgaben außerhalb des eigenen Haushaltes berücksichtig würden.

[51] Der hier folgende Absatz gibt Teile der für die Altenberichtskommission verfassten unveröffentlichten Expertise „Sorgearbeit (Care) und Gender" von Sabine Beckmann (2014) wieder. Dabei wechseln sich wörtliche Wiedergaben mit zusammenfassenden Formulierungen ab.

und geringe Entlohnung aus. Der Anteil der Teilzeit- und der befristet sowie geringfügig Beschäftigten sind vergleichsweise hoch.

So sind die in Pflegeheimen Beschäftigten zu 84,9 Prozent weiblich, in der ambulanten Pflege sind sogar 87,4 Prozent der Beschäftigten Frauen. Insgesamt arbeiten in den Pflegeheimen nur 29,7 Prozent der Angestellten in Vollzeit. 37,6 Prozent sind in Teilzeit mit über 50 Prozent der vollen Arbeitszeit und 14,9 Prozent mit einer Arbeitszeit unter 50 Prozent der vollen Arbeitszeit tätig. 9,4 Prozent der Pflegenden in den Pflegeheimen sind geringfügig beschäftigt. Noch deutlicher sind die Zahlen in der ambulanten Pflege. Dort arbeiten nur 26,8 Prozent der Angestellten in Vollzeit. 35,5 Prozent sind in Teilzeit mit über 50 Prozent der vollen Arbeitszeit und 13,8 Prozent mit einer Arbeitszeit unter 50 Prozent der vollen Arbeitszeit tätig. Immerhin 20,4 Prozent der Beschäftigten in der ambulanten Pflege sind geringfügig beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2015a). Teilzeitarbeit ist vielfach eine von den Beschäftigten gewählte Möglichkeit, um den anstrengenden und schwierigen Arbeitsbedingungen zu begegnen (Benedix u. a. 2013: 6).

Auch in anderen Bereichen der Gesundheitsberufe wird deutlich, dass dieser Bereich des Arbeitsmarktes ein „Frauenarbeitsmarkt“ ist. Interessant ist hierbei der Aspekt, dass im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe der Anteil der Männer nur in jenen Bereichen den der Frauen übersteigt, in denen die Gehälter deutlich höher sind und die Berufe ein höheres soziales Prestige besitzen. Auch im Vergleich mit anderen Berufen zeigt sich, dass gerade im Bereich der Pflegeberufe schlecht bezahlt wird. Die geringen Entlohnungen spiegeln die geringe Anerkennung, die Care in der Gesellschaft erhält, wider. Care-Berufe benötigen eine Form von Arbeitsleistung und entsprechender Entlohnung, die nicht mit den grundlegenden Mechanismen der Profit- und Effizienzsteigerung in unserem ökonomischen System zusammenpassen. An den geringen Einkommen insbesondere im Langzeit-Pflegebereich verdeutlicht sich die Frage, wie und von wem professionelle Pflege angemessen bezahlt werden soll und kann.

Laut Lohnspiegel des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) liegt das durchschnittliche Bruttomonatsgehalt in den Gesundheitsberufen bei einer Vollzeitstelle bei 2.410 Euro, wobei OP-Schwestern/ OP-Pfleger mit 3.130 Euro die höheren und Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit 2.190 Euro die niedrigeren Ge-hälter verzeichnen. Auch Erzieherinnen und Erzieher erhalten mit nur 2.485 Euro bei einer Vollzeitbeschäftigung deutlich weniger im Vergleich zu anderen Ausbildungsberufen wie etwa denen der Bankkaufleute mit einem durchschnittlichen Bruttomonatseinkommen von 3.621 Euro und Versicherungskaufleuten mit 3.422 Euro monatlich. Techniker und Technikerinnen, ein männlich dominierter Beruf, verdienen im Durchschnitt bei einer Vollzeitstelle im Monat 3.170 Euro, nur die KFZ-Mechaniker und -Mechanikerinnen kommen mit 2.269 Euro auf ein ähnlich geringes Einkommen wie Altenpflegerinnen und Altenpfleger oder Erzieherinnen und Erzieher (Bispinck u. a. 2013).

Aus den dargestellten Zahlen lassen sich verschiedene Schlussfolgerungen ziehen. Zum einen, dass die geringe Bezahlung und schlechte Ausstattung der geringen Anerkennung von Care wie der strukturellen Benachteiligung sogenannter weiblicher Berufsfelder geschuldet sind. Zugleich zeigt sich an diesen Umständen das Versagen des wohlfahrtsstaatlichen Handelns gerade im Feld der Langzeitpflege, wo strukturelle Missstände auch damit zusammenhängen, dass sich Staat und Gesellschaft mit der Frage nach einer Neuorganisation von Care angesichts demografischer und sozialer Wandlungstendenzen nur unzureichend auseinandergesetzt haben.

7.8.3 Migration, Care und Gender

Auch der Bereich der migrantischen Care-Arbeiterinnen ist ein fast ausschließlich von Frauen geprägter Tätigkeitsbereich. Nicht nur in Deutschland, sondern in zahlreichen Ländern Mitteleuropas – wie Österreich, Italien, Frankreich – werden Migrantinnen zunehmend im familiären Kontext im Rahmen einer 24-Stunden-Pflege beschäftigt, womit Familien die Pflege ihrer älteren Angehörigen in der eigenen gewohnten Umgebung gewährleisten. Nur unter Zuhilfenahme migrantischer Care-Arbeiterinnen ist es vielen Familien möglich, die intensive Versorgung ihrer Angehörigen zu bewältigen. Ein Rückgriff auf migrantische Care-Arbeiterinnen erscheint daher häufig die einzige Lösung, eine Versorgung in und gemeinsam mit der Familie zu ermöglichen. „Denn während ambulante Pflegedienste für eine 24-Stunden-Betreuung 3.000-5.000 Euro im Monat berechnen, kostet die Anstellung einer illegalen Migrantin, häufig aus Osteuropa, nur zwischen 500 und 800 Euro plus Unterbringung im Monat. […] Aufgrund der Dienstleistungsfreiheit in der EU können zudem Personen aus den Beitrittsstaaten für maximal sechs Monate im Jahr als Selbstständige ihre Dienstleistung legal zu niedrigen Kosten anbieten“ (Theobald 2008: 270).

Das Feld der Langzeitpflege in Familien ist der Bereich, in dem die globale Verflechtung von Pflegenotstand, Armut und weiblicher Sorgeverpflichtung am stärksten ausgeprägt ist und eine ganze „global care chain“ (Hochschild 2002) nach sich zieht. Westliche Familien benötigen für die Versorgung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen eine für sie bezahlbare – gleichwohl, je nach Einkommenslage, durchaus kostspielige – Pflegekraft. Dies sind migrantische Frauen, die ihre Herkunftsländer verlassen, um in den westlichen Ländern den Unterhalt für ihre Familien zu erarbeiten, die sie in der Heimat zurücklassen. Häufig genug haben sie Kinder, die wiederum von anderen, meist weiblichen Verwandten, umsorgt werden.

Das Feld der irregulären familialen Pflege ist aber nicht der einzige Care-Bereich, in dem häufig Frauen mit Migrationshintergrund beschäftigt sind. Immer häufiger nehmen Familien haushaltsnahe Dienstleistungen in Anspruch. Zunehmend sind auch in Familien mit Kindern beide Elternteile erwerbstätig. Zugleich ist aber kaum eine Umverteilung der Sorgearbeit zwischen Vater und Mutter erfolgt – das Modell der gemeinsamen Teilzeitbeschäftigung, welches diese Umverteilung am einfachsten ermöglichen würde, ist das am wenigsten gewählte. Das Erwerbsvolumen in den einzelnen Familien hat also zugenommen, sodass Familien (meist der Mittel- und Oberschicht) davon abhängig sind, Fürsorgearbeit, die nicht auf den Staat übertragen oder innerfamiliär verteilt werden kann, auf andere Frauen, häufig mit Migrationshintergrund, zu übertragen (Misra und Merz 2007: 123). Es kommt somit statt zu einer Verteilung der Fürsorgearbeit zwischen Frauen und Männern oder Eltern und Staat zu einer Verteilung zwischen Frauen und Frauen – verschiedener Klassen und zwischen Frauen ohne und mit Migrationshintergrund.

Eine weitere Problematik hinsichtlich der staatlich subventionierten Anreize, Sorgetätigkeiten von der Familie auf marktförmige Dienstleistungen zu verlagern, besteht darin, dass Familien mit geringem Einkommen von diesen subventionierten Angeboten ausgeschlossen werden. Haushaltshilfen und Kindermädchen sind für viele Familien unerschwinglich. Generell ist nichts gegen eine Inanspruchnahme von haushaltsnahen Dienstleistungen zu sagen; jedoch sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine Umverteilung der Care-Arbeit zwischen den Geschlechtern ermöglichen und einen Zugang zu diesen Dienstleistungen für alle Familien und gleichzeitig akzeptable Arbeitsbedingungen in der Care-Arbeit gewährleisten. Familien stellen Frauen im geringfügigen Umfang für Tätigkeiten wie Putzen und Reinigungsarbeiten an, häufig prekär beschäftigt und schlecht bezahlt. Diese Haushaltshilfen sind zumeist Frauen aus sozial schlechter gestellten Schichten mit und ohne Migrationshintergrund. Nicht selten arbeiten Migrantinnen mit höheren Bildungsabschlüssen aus ihrem Herkunftsland als Reinigungskraft, da ihr Bildungsabschluss in Deutschland nicht anerkannt wird. Entsprechend ist auch im Bereich der gewerblichen Reinigungsdienste der Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund sehr hoch (vgl. FRA 2010: 77).

Im Ergebnis macht eine genderorientierte Analyse von Pflege und Sorgetätigkeiten deutlich, dass eine zukunftsorientierte Pflege- und Sorgepolitik wesentlich stärker die Verteilung von Sorgeaufgaben zwischen den Geschlechtern und die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen in der Pflege als zentrale Aspekte aufgreifen muss. Das gilt für die finanzielle Kompensation von Pflegezeiten für Erwerbstätige – hier wurde ein erster Schritt durch das Familienpflegezeitgesetz getan –, das gilt für die Arbeitszeit- und Zeitpolitik (BMFSFJ 2014), das gilt schließlich auch für die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen für migrantische Care-Arbeiterinnen.

7.9 Arrangements, Figurationen, Gemeinschaften

Pflege und Sorge sind auch heute noch ganz überwiegend eingebettet in informelle Unterstützungs- und Gemeinschaftsformen. Auch die Präferenzen und die Wünsche der Generation 50plus zielen meist auf Sorge- und Pflegearrangements, die nicht von Professionellen dominiert und in institutionellen Kontexten verortet sind. Gleichzeitig nimmt die Wahrscheinlichkeit, in klassischen Familienkonstellationen gepflegt zu werden ab, wird die klassische Form der Vergesellschaftung von Care-Aufgaben in der Gesellschafts- und Geschlechterordnung problematisiert. Auch der Anteil von Einpersonenhaushalten hochbetagter Menschen, insbesondere von Frauen nimmt zu. Das informelle, familiäre oder nachbarschaftlich getragene Sorge- und Pflegenetzwerk ist in der Regel klein. Die Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten“ (MuG III) kam zu dem Ergebnis, dass das private Helfernetzwerk von Pflegebedürftigen durchschnittlich 2,2 Personen umfasst (Schneekloth und Wahl 2005: 115). Gleichzeitig ist die Stabilität und Qualität der sozialen Netzwerke maßgeblich für die Aufrechterhaltung häuslicher Pflegearrangements. Die Szenarien über den künftigen Pflegebedarf, der Arbeitskräftemangel im Bereich der Pflege, lassen gemischte Sorge- und Pflegearrangements als eine der zentralen Perspektiven für die Beantwortung der zukünftigen Unterstützungsbedarfe Hochbetagter erscheinen. Auch in diesem Zusammenhang wurde das Konzept der sorgenden Gemeinschaft in die politische Debatte gebracht. Es

greift unter anderem zurück auf wohlfahrtspluralistische Modelle in denen Angehörige, Nachbarn und freiwillig Engagierte mit Unterstützung und gegebenenfalls fachlicher Regie von Professionellen und anderen beruflich Tätigen neue Formen sozialer Verantwortung entwickeln und in einem subsidiären Verständnis das „ihnen gemäße" zur Sorge und Pflege in einem koordinierten Versorgungsmix beitragen. Das Konzept und die Ideen der Caring Communities oder sorgenden Gemeinschaften steht aber im Spannungsverhältnis zur zunehmenden Individualisierung einerseits und zur Vermarktlichung des Pflegesektors, mit der Entwicklung von Unterstützungsleistungen zu qualitätsgesicherten Dienstleistungen, die von Kunden nachgefragt werden, die sich auf einem wettbewerblich orientierten Markt der ihnen genehmsten, gegebenenfalls preisgünstigen und qualitätsvollen Dienste bedienen. Bei fehlender Fähigkeit und Bereitschaft, den gesamten Pflegebedarf auf Märkten einzukaufen und bei einer Teilleistung der Pflegeversicherung bleibt ein reines Marktmodell notleidend. Es kann in aller Regel nicht den gesamten Unterstützungsbedarf in quantitativer und qualitativer Hinsicht abdecken, insbesondere in Familien mit geringen Einkommen und entsprechend geringer Kaufkraft. Unter qualitativen Gesichtspunkten fehlt insbesondere den auf Unterstützung verwiesenen Menschen, die über keine Familie verfügen und die unzureichend in soziale Netzwerke eingebunden sind, die Zugehörigkeit in informelle Netzwerke und die Wahrnehmung als für die Bürgerschaft bedeutsame Mitglieder der (örtlichen) Gesellschaft.

Beim Rückgriff auf den Sorgebegriff werden anthropologisch und ethisch der Gedanke der Relationalität des Menschen und seine Angewiesenheit auf emotionale Zuwendung, kognitiver Achtung und sozialer Wertschätzung aufgegriffen. Die in der Sechsten Altenberichtskommission zur Grundlage des Berichtes gemachten Prinzipien der Selbst- und Mitverantwortung sowie der bewusst angenommenen Abhängigkeit, unterstreichen bei der Thematik der Sorge und Pflege die Bedeutung der alltäglichen Näheverhältnisse, in denen sich die soziale Wertschätzung, die erfahrene Bedeutsamkeit und Zugehörigkeit, die auch pflegewissenschaftlich zu zentralen Dimensionen guter Pflege zählen, ereignen. In dem von Elias (1987) geprägten Begriff der Figuration lebt der Einzelne immer und von Grund auf in Beziehung zu anderen. Die Angewiesenheit aufeinander, die Abhängigkeit voneinander, die Erkenntnis, dass Menschen funktions- und arbeitsteilig aneinander gebunden sind und dementsprechend miteinander Interdepedenzgeflechte oder Figurationen mit mehr oder weniger labilen Balancen verschiedener Art bilden, verweist auch soziologisch auf die Bedeutung von Relationalität jenseits von ökonomisch geprägten Austauschbeziehungen und qualitätsgesicherten Dienstleistungen. In den grundlegenden Wandlungsprozessen demografischer, sozialer und kultureller Art ist den sozialen Netzwerken und ihrer Gestaltung, auch und gerade im Kontext von Sorge und Pflege besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Neben der klassischen Familie gewinnen die Nachbarschaften an Bedeutung, werden Freundeskreise als Wahlverwandtschaften stärker gemeinschaftlich konnotiert und konstruiert. Die Bereitschaft zur Selbstorganisation und Assoziierung gerade auf örtlicher Ebene nimmt tendenziell zu. Auch die Bedeutung von Religion und Kirche, gerade für ältere Menschen als Ort gemeinschaftsbezogener Aktivitäten gewinnt auch empirisch an Bedeutung.

Von der politikwissenschaftlichen Perspektive wird der Gemeinschaft und Gemeinde eine neue Relevanz zugesprochen. So betont Schulz-Nieswandt (2013), dass in modernen Gesellschaften die Menschen, wenn sie die Daseinsqualität eines personalen Seins erreichen wollen, vor der Aufgabe der Verwirklichung einer genossenschaftlichen Existenzweise stünden. Dabei erlange der Gemeindekontext des personalen Seins gerade im Alter eine neue Bedeutung. Er stellt den Gemeinschaftsbezug in den Zusammenhang individueller und kollektiver Reifung, der immer nur konkret, am eigenen Leib, mit der eigenen Seele, im Umgang mit den Mitmenschen erlebt werden kann. Dabei seien die Möglichkeiten zum personalen Sein abhängig vom Humanismusgrad der jeweiligen Institution, in denen Menschen kulturell eingebettet sind. Es komme auf die Befähigungsqualität von Institutionen an, dem Telos des personalen Seins eine Chance auf Daseinsgestalt im gelingenden sozialen Miteinander zu leben. Schulz-Nieswandt spricht von der pathosophilen Kommunalität, in der der leidende Mensch inmitten sozialer Beziehung zur Person seiend werdend steht. Korrespondierend zur Teilhabediskussion aber auch zum pflegewissenschaftlichen Senses Framework von Nolan wird der Gemeinschaftsbezug in den Mittelpunkt kommunaler Sorgepolitiken gerückt. Schulz-Nieswandt weist dabei den Kommunen eine zentrale Bedeutung in der Regie des sozialen Wandels der kommunalen Welten zu hin auf eine humane Institutionalisierung des Menschen.

In welchen Figurationen sich soziale Netzwerke bilden, weiterentwickeln, Gemeinschaftsformen herausbilden ist eine zentrale Fragestellung einer Sorge und Pflege, die sich nicht alleine auf die Beantwortung individueller, verrichtungsbezogener Hilfeleistungen beschränkt. Das soziale Feld der Pflege kennt funktionsteilig aufeinander bezogene und angewiesene Akteure und bildet ein Geflecht der möglichen aber durchaus auch machtgeprägten Interdependenzen. Die Figurationen, die Sorgekonstellationen und Arrangements sind bislang allenfalls quantitativ aber kaum qualitativ untersucht. Die für die jeweilige Person und ihr soziales Umfeld passende Figurationen und Arrangements können höchst unterschiedlich sein. Das gilt auch für das, was für Menschen Gemeinschaft

und Gemeinschaftlichkeit heißt. Für die einen ist es ausschließlich die Familie, andere öffnen sich Vorstellungen von neuer Gemeinschaftlichkeit, die auf nachbarschaftlichen Sorgegemeinschaften, auf gemeinschaftliche Wohnformen, auf Wohngruppen und Wohngemeinschaft oder gar auf Gemeinschaften in vollstationären Einrichtungen beruhen. Dabei kommt es jeweils darauf an, dass zentrale Dimensionen der Sorge gelebt und erfahrbar werden. In zahlreichen Initiativen, Modellprojekten, an vielen Orten, Städten und Gemeinden werden unter Rückgriff auf alte und neue Methoden gemeinschafts- und gemeinwesenbezogene Arbeitsansätze praktiziert, erprobt und umgesetzt, häufig mit breiter Resonanz in der örtlichen Öffentlichkeit (DStGB und SONG 2012, Weigl und Bischof 2010). Zu häufig reflektieren diese allerdings noch überkommene geschlechtsspezifische Rollen- und Aufgabenverteilungen mit entsprechend problematischen sozioökonomischen Konsequenzen vor allem für Frauen.

Sorgende Gemeinschaften in diesem Sinne können zugleich Experimentierfelder neuer Generationen- und Geschlechterverhältnisse in der Vergesellschaftung von Sorgeaufgaben darstellen. Dabei muss es offen bleiben, ob aus wohlfahrtspluralistisch organisierten Unterstützungsstrukturen für den Einzelnen so etwas wie Gemeinschaft entsteht (Beckmann 2014).

Die Kommission hat sich den Begriff der sorgenden Gemeinschaft nicht zu Eigen gemacht. Sie sieht allerdings die mit den Begrifflichkeiten der Caring Community, der sorgenden Gesellschaft oder Compassionate Cities verbundenen Diskussionen als produktiven und wichtigen Teil der Auseinandersetzung mit der Frage, wie neue Formen gemeinschaftlicher Bewältigung von Sorgeaufgaben gelingen, wie eine Neuverteilung und eine gesellschaftliche Aufwertung von Care-Tätigkeiten unterstützt und ein Zusammenspiel von Bürgerinnen und Bürgern, Markt und Staat auf örtlicher Ebene gestaltet werden kann – und dies unter Beachtung der sehr ungleichen Verteilung von Sorgeaufgaben zwischen den Geschlechtern. Die örtliche Diskussion um Caring Communities in Kommunen, bürgerschaftlichen Initiativen, Kirchen und anderen gesellschaftlichen Institutionen wird als produktiver Versuch gewertet, den Bemühungen um neue Formen der Vergesellschaftung von Sorge- und Pflegeaufgaben in der modernen Gesellschaft Gestalt und Orientierung zu geben. Keineswegs darf ein Leitbild der Caring Community oder von „sorgenden Gemeinschaften“ als eine neue Form der Regierung von Gemeinschaft oder als Territorium sozialstaatlicher Programme vereinnahmt werden (Rose 2000). Caring Communities, verstanden als Experimentierfelder neuer Generationen- und Geschlechterverhältnisse in der Vergesellschaftung von Sorge und Pflegeaufgaben, erscheinen der Kommission interessant und diskussionsanstoßend und als wichtige Gegenpole zu einer im Wesentlichen von ökonomischen Kalkülen geprägten Diskussion um die Zukunft von Pflege und Sorge. Gleichzeitig ist zu reflektieren, dass solche wünschenswerten Initiativen, erfolgreiche zivilgesellschaftliche Selbstorganisationen, Voraussetzungen kennen, die nicht überall verfügbar sind und/oder Unterstützung, Beratung und ein back up auf kommunaler Ebene benötigen (Frey u. a. 2013).

7.10 Stärkung der Kommunen

Eine zukunftsorientierte Pflege- und Sorgepolitik, die sich an den Prinzipien der Subsidiarität orientiert, auf das Zusammenwirken von familiären, nachbarschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Ressourcen mit professioneller Pflege sowie auf neue Formen gemeinschaftlicher Bewältigung von Sorge- und Pflegeaufgaben setzt, wird die jeweiligen örtlichen Bedingungen systematisch einbeziehen. Dies ist in dem von zahlreichen bundes- und landesrechtlich geregelten Feld der Langzeitpflege mit zunehmender Bedeutung zentraler Qualitätsvorgaben – bis hin zu sogenannten niederschwelligen Hilfen – ein voraussetzungsvolles Projekt.

Gefragt ist angesichts der Interdependenzen der Regelungen und Fülle gesetzlicher und untergesetzlicher Normierungen eine besondere Qualität kommunaler Governance. Es sind Versorgungskonzepte und Modelle gefragt, die regional unterschiedlich ausfallen müssen, um den jeweils unterschiedlichen „Gesichtern“ des demografischen Wandels, den unterschiedlichen Strukturen und Kulturen gerecht zu werden und besonders in ländlichen Gemeinden und Regionen drohende Unterversorgungserscheinungen (Bertelsmann Stiftung 2012) zu vermeiden. Es gilt eine bedarfsgerechte, lebensweltorientierte Langzeitversorgung für alle Gruppen und Milieus sicherzustellen und dies sektorenübergreifend. Dies gelingt nur oder regelhaft am besten und effektivsten vor Ort, wohnort-/quartiersnah unter Beachtung des regionalen/kommunalen Bedingungsgefüges.

Dieser Befund, der in diesem Kapitel dargelegt wurde, ruft nach einer starken kommunalen Rolle, die die Phase der „Entpflichtung und Selbstentpflichtung der Kommunen“ beendet (Gohde 2013). Auch während des Workshops der Kommission mit Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen betonten diese ganz überwiegend die Bedeutung der Kommunen für die Sicherung der Pflege. So fordern auch die kommunalen Spitzenverbände eine

Stärkung der Kommunen für Aufgaben der Pflege. Sie haben in die beim BMG angesiedelte Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflegeversicherung entsprechende Vorschläge eingebracht (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände 2015).

Auf landespolitischer Ebene wird ebenfalls eine Stärkung der Kommunen gefordert und unterstützt, allerdings mit unterschiedlichen Akzenten. Einerseits wird ein stärkerer Einfluss der Kommunen und des jeweiligen Landes auf die Pflegeinfrastrukturplanung angemahnt.[52] Andere Länder setzen auf eine Pflegestrukturplanung mit partizipativen Methoden.[53] Das Land Nordrhein-Westfalen hat einen Pflegefonds für die Kommunen gefordert, der sie in die Lage versetzen soll, örtliche quartiersbezogene Infrastrukturen aufzubauen.[54] Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) bringt auch im Zusammenhang mit dem Thema Pflege das seinerzeit von Ziller (1991) entwickelte Konzept eines Altenhilfestrukturgesetzes ins Spiel (Herweck 2015). Die im Auftrag der Bertelsmann Stiftung durchgeführte Studie zu „kommunalen Gestaltungsmöglichkeiten bedürfnisorientierter Altenpflegestrukturen“ (Plazek und Schnitger 2015) unterstreicht die Bedeutung umfassender und aktiver Vernetzungsarbeit vor Ort in entsprechenden Gremien (etwa Pflegekonferenzen), örtlicher Beratungs- und Case-Managementstrukturen, einer aktiven pflegepolitischen Rolle der Kommunen mit ausdrücklichem Gestaltungsanspruch und Formen partizipativer Planung mit geeigneten Methoden der Einbeziehung von Bürgerinnen und Bürgern. Dabei müssen auf Quartiersebene Beteiligungsformen entwickelt werden, die es allen Gruppen, auch den weniger „partizipationserfahrenen“, ermöglicht, sich zu beteiligen.

Es reicht aber nicht aus, die Kommunen mit neuen Aufgaben zu konfrontieren. Sie müssen auch mit entsprechenden Kompetenzen und Ressourcen ausgestattet werden, um die Gestaltungsaufgaben wahrnehmen zu können. Die Übertragung der Gestaltungsaufgaben muss in ein Gesamtkonzept der Pflegeversicherung im kooperativen Föderalismus eingebettet werden. Die Errungenschaft, dass das Lebensrisiko Pflege in der Sozialversicherung abgesichert wird, darf, darin besteht bei allen Forderungen nach einer stärkeren Betonung der Rolle der Kommunen weithin Einigkeit, nicht in Frage gestellt werden. Bei einer allenthalben als notwendig erachteten Weiterentwicklung des bestehenden Systems sind die beiden maßgeblichen Akteure mit ihren je spezifischen Stärken und Schwächen einzubeziehen: Kranken- und Pflegekassen sowie Kommunen. Den Kassen fehlt aufgrund der Entwicklung zu immer größeren regionalen und zunehmend überregionalen Einheiten der Ortsbezug. Der Zwang für die bundesweit tätigen Kassen ihre Verwaltungskosten zu reduzieren, führt zu einer deutlichen Ausdünnung ihrer regionalen Präsenz. Die Kommunen sind durch das Problem unterschiedlicher Finanzausstattung und unterschiedlicher Belastung mit Ausgaben in ihrer Handlungsfähigkeit beeinträchtigt. Auch aus diesen Gründen wird von Experten ein Kooperationsmodell als eine realistische Reformoption gesehen (FES und KDA 2013; Hoberg u. a. 2013; Klie 2015a), die das Problem der Kooperationsmängel und Versorgungslücken am ehesten wirksam beheben kann. Beide Akteure könnten ihre spezifischen Stärken zur Geltung bringen. Es ist Sache der Sozialversicherung, die bundesweit oder zumindest regional einheitliche Gestaltung von Leistungsvoraussetzungen, Verfahren, Leistungen und Qualitätssicherung und die der Kommunen, die ortsbezogene Planung, Gestaltung und Organisation der Hilfen zu gewährleisten. Die Rolle der Kommunen verbindet Zuständigkeit und Kompetenz für die Stadt- und Regionalplanung, Siedlungsgestaltung, die Beeinflussung von Wohnformen sowie die Verkehrsplanung mit der kommunalen Pflegestrukturplanung. Das Care Management im Sinne der Entwicklung und Pflege effizienter Kooperationsformen und der Weiterentwicklung der Infrastruktur, benötigt den Ortsbezug und gehört auf die kommunale Ebene. Kommunale Aufgabe ist es, Lebenswelt- und örtlich kulturelle Bezüge herzustellen, soziale Eingebundenheit zu organisieren, die Hilfen durch Nachbarschaft, Freundeskreise und ehrenamtliche Dienste zu unterstützen und zu fördern und so zu einem gelingenden Alltag beizutragen. Dabei sind sie insbesondere aufgefordert, auch sozial benachteiligten Gruppen Teilhabechancen zu eröffnen und individuelle Notlagen vulnerabler Einzelpersonen vermeiden zu helfen. Ihnen fällt es zu, den von der Kommission präferierten Hilfe-Mix zwischen professionellen und freiwilligen Hilfen zu organisieren. Die Aufgaben der Kommunen als Sozialleistungsträger verbinden sich damit und erleichtern es, Verbundkonzepte wirksam werden zu lassen, wenn diese Aufgaben als gestalterische Chance begriffen werden und nicht die Abwehr von Ansprüchen sowie die Abgrenzung zu den Pflichten anderer Träger prägende Handlungsleitlinie sind (Künzel u. a. 2014).

---

[52] Ministerin Cornelia Rundt: „Wir werden die niedrigen Pflegesätze und -löhne nicht länger hinnehmen“ unter: http://www.ms.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/sozial--und-gesundheitsministerin-cornelia-rundt-wir-werden-die-niedrigen-pfflegesaetze-und--loehne-nicht-laenger-nicht-laenger-hinnehmen-134457.html (Zugriff am 2. Oktober 2015).

[53] http://www.pflegestrukturplanung-rlp.de/ (Zugriff am 2. Oktober 2015).

[54] http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressethemen/20141229a_Mut_in_der_Pflege/index.php (Zugriff am 2. Oktober 2015).

Eine grundlegende Reform, die sich mit Szenarien künftiger Pflegebedarfe und ihrer Beantwortung auseinandersetzt, muss der Tatsache ins Auge sehen, dass Pflege und Sorge nicht alleine in einem Sozialversicherungsgesetz geregelt werden können. Eine solche Reform muss über kleinteilige Leistungsergänzungen hinausgehen und darf nicht dem Irrtum verfallen, mit der Einführung eines neuen Pflegebegriffs hätten die gesetzgeberischen Instanzen ihr Soll erfüllt. Das wird in Berichten deutlich, die aus maßgeblichen Diskussionszusammenhängen über eine Notwendigkeit der Reform der Pflegeversicherung hervorgegangen sind. Neben der Verbindung von Pflege und Teilhabe muss die Reform auch das Zusammenspiel gesundheitlicher und pflegerischer Leistungen umfassen. Ein Reformkonzept hätte mehrere Elemente vorzusehen, die ihre Wirkungen im Zusammenspiel erreichen (Klie u. a. 2015a). Es wären dies:

- Das Schließen der Lücken zwischen Leistungen der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung und steuerfinanzierten Teilhabeleistungen (Eingliederungshilfe).
- Die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf im gegliederten System der sozialen Sicherung kennt Leistungen der gesundheitlichen, hauswirtschaftlichen, pflegerischen Unterstützung und sozialen Teilhabe. Die Kommission hat die Frage intensiv diskutiert, wie medizinische, fachpflegerische und therapeutische Maßnahmen, die von professionellen Akteuren im Gesundheitswesen zur Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation angeboten, geleistet und verantwortet werden, besser aufeinander abgestimmt und unabhängig vom Ort der Versorgung in eine klare Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung gestellt werden können. Ein Weg läge in der Zuordnung zum System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Beschreitung dieses Weges würde bei gleichzeitiger Stärkung der Pflegefachberufe im System der GKV der Professionalisierung der Fachpflege unter den Bedingungen einer einheitlichen Ausbildung dienen können.
- Formen der Sorge und Versorgung, die für den Lebensalltag erforderlich sind – personenbezogene Leistungen zur unterstützenden Alltagsgestaltung, hauswirtschaftlichen Basisversorgung, Grundpflege und Förderung der sozialen Teilhabe wären ohne Verzicht auf fachliche Anforderungen zu flexibilisieren, um örtliche Bedingungen zu berücksichtigen und selbstbeschaffte und -organisierte Hilfen stärker einzubeziehen. Sie wären weiterhin leistungsrechtlich, dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff folgend, im SGB XI beziehungsweise SGB XII zuzuordnen.
- Je nach Steuerungsfunktion der Leistungen wird eine andere Finanzierungstechnik diskutiert: Es wird vorgeschlagen im GKV-Bereich das Sachleistungsprinzip mit Vollfinanzierung und mit einer Ergänzung der Leistungsfinanzierung von Tätigkeiten und Zeiten mit Steuerungsfunktionen (Pflege- und Hilfeplanung, Anleitung, Monitoring, Aushandlung) beizubehalten – bei gleichzeitiger Stärkung der Pflegefachkräfte im GKV-System. Im Bereich der „Sorge-Leistungen" hingegen sollte nicht weiter auf Sachleistungen, sondern auf flexiblere Sachleistungsbudgets gesetzt werden. Der alltägliche Unterstützungsbedarf in den Feldern der Assistenz und Hauswirtschaft erfordert im SGB XI leistungsrechtlich eine bessere Ausstattung. Da das Pflegeversicherungssystem, trotz Notwendigkeit einer besseren finanziellen Ausstattung, ein Teilleistungssystem ist und auch bleiben soll[55], wird der Sozialhilfe weiterhin eine ergänzende Funktion zukommen.
- Gesetzliche Grundlagen für die Durchsetzung einer integrierten Steuerung vor Ort, die von den Kommunen im Zusammenwirken mit den anderen Beteiligten moderiert wird, sind zu schaffen. Dazu gehören sowohl Abstimmungsgremien wie Pflegekonferenzen, die einige Landespflegegesetze vorsehen, als auch integrierte Care und Case Managementstrukturen unter Einbeziehung der Pflegeberatung.
- Für zentral wird der Umbau der leistungsrechtlichen Architektur des SGB XI mit dem Ziel gehalten, die lange geforderte Flexibilisierung der Leistungen zu erhöhen und an die lokalen Bedingungen angepasste Infrastruktur zu entwickeln unter ausdrücklicher Einbeziehung beziehungsweise Förderung innovativer Formen gemischter Wohlfahrtsproduktion und gemeinschaftsbezogener Sorgekonzepte, die durch die Pflegestärkungsgesetze in Ansätzen unterstützt werden. Die als Sachleistung ausgestalteten Leistungsansprüche könnten, zumindest optional, wertgleich in Geldbudgets (Sachleistungsbudgets) umgewandelt werden. Diese würden es auf Pflege angewiesenen Personen erlauben, frei zwischen (lizenzierten, qualitätsgesicherten) Dienstleistern zu wählen und diese in spezifische, örtliche Sorgearrangements einzubeziehen (Wohngruppen, lokale Verantwortungsgemeinschaften). Das setzt eine Hilfe – beziehungsweise Versorgungsplanung voraus, um eine am Einzelfall orientierte Kombination aller Leistungen verschiedener Kostenträger zu erreichen.

---

[55] Zu den Vorschlägen, die Pflegeversicherung in eine Vollfinanzierung zu führen vgl. ver.di (2012).

- Durch eine seit langem geforderte Verlagerung der sogenannten Behandlungspflege in stationären Einrichtungen aus dem SGB XI ins SGB V, wird die Fachpflege (neben „Behandlungspflege“ vor allem ihrer Vorbehaltsaufgabe der Steuerung des Pflegeprozesses, § 4 Pflegeberufegesetz-E) konsequent als Sachleistung dem SGB V zugeordnet (Hoberg u. a. 2013). Dadurch werden einerseits vor allem Hürden bei der flexiblen Gestaltung unterschiedlicher Formen der Pflege in Gruppen (Quartier, Wohngemeinschaft, Heim) beseitigt und andererseits ein finanzielles Interesse der Krankenkassen an stationären Versorgungsformen aufgehoben. Dies kann beitragssatz- und wettbewerbsneutral organisiert werden. Derselbe Gedanke gilt für die Finanzierung der Steuerung des Pflegeprozesses durch die Pflegefachkräfte, die einheitliche GKV-Leistung werden könnte. Damit würde das Profil der Fachpflege sozialleistungsrechtlich unterstützt (Rothgang u. a. 2013).
- Von größter Bedeutung für die Stärkung der kommunalen Rolle ist die rechtliche und tatsächliche Absicherung der Kooperation zwischen den Sozialleistungsträgern, um die personenbezogene integrierte Hilfeplanung und Leistungserbringung zu erreichen. Dazu wären die Kooperationsnormen im SGB IX zu bündeln, und dies nicht nur für Eingliederungshilfe und Rehabilitation, sondern auch für die Pflege. Teilhabeorientierte Pflege gehört mit zu den Rehabilitationsleistungen.
- Vor allen Normierungen steht die Verbesserung der sozialen Aufmerksamkeit der Bürgerinnen und Bürger vor Ort, eine Aufgabe, die unmittelbar die kommunale Koordinierung anspricht. Es bedarf sowohl zivilgesellschaftlicher Akteure als auch einer verfügbaren lokalen Infrastruktur von fachlich ausgerichteten Agenturen, die Wissen, Haltung und Kultur vermitteln, an die aber auch Handlungsbedarf im Sinne „öffentlicher Hilfen“ adressiert werden kann, wie beispielsweise in der Kinder- und Jugendhilfe.
- Auf institutioneller Ebene wären Beratung und Koordination in der Region (Kreis- und Landesebene) zusammenzuführen und in die kommunale Daseinsvorsorge einzubetten. Nur in kommunaler Verantwortung können die widersprüchlichen Steuerungen von wettbewerbsorientierter Krankenversicherung, einheitlich und gemeinsam handelnder Sozialer Pflegeversicherung, wettbewerbsorientierten Leistungserbringern und einheitlichen Fürsorgeleistungen überwunden werden.
- Die Mehrgenerationenhäuser sind in ihrer Konzeption als modellhafte Institutionen örtlicher Koordination wohlfahrtspluralistischer Unterstützungsformen für alle Generationen, aber auch und gerade für ältere Menschen und auf Pflege Verwiesene. Sie und vergleichbare Infrastruktureinrichtungen mit deutlichem Sozialraumbezug und Aufgaben der Engagementförderung sollten entsprechend weiter gestärkt werden. Auch hier gilt, dass Strategien vor Ort schicht- und milieuübergreifend entwickelt werden sollten.

Die hier zusammengeführten Vorschläge zu einer Stärkung der Rolle der Kommunen skizzieren exemplarisch ein Gesamtkonzept, ohne das eine substanzielle Stärkung der Rolle der Kommunen – auf den verschiedenen Ebenen – Kreis, Gemeinde – nicht gelingen wird. Die Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2015) sehen eine moderate Stärkung der Kommunen in Aufgaben der Pflege vor. Dabei wird deutlich, dass die Einschätzung zwischen kommunalen Spitzenverbänden und Ländern auf der einen Seite und den Pflege- und Krankenkassen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit auf der anderen Seite deutlich divergieren. Auch ist auszumachen, dass das Thema der Rolle der Kommunen im Kontext der Pflege im deutschen Bundestag nur bedingt resonanzfähig ist. Verbreitet ist die Skepsis gegenüber der Gestaltungskraft und dem Gestaltungswillen der Kommunen im Bereich von Pflege und Alterspolitiken. Die Performanz der Kommunen in diesen Politikfeldern unterscheidet sich stark (vgl. Schulz-Nieswandt 2013). Entsprechend bedarf es einer breiten politischen und gesellschaftlichen Debatte auf allen politischen Ebenen. Die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf den Weg gebrachten Modellkommunen, die den Vorschlag der Kooperationskommunen der kommunalen Spitzenverbände aufgreifen (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände 2015; vgl. auch Klie u. a. 2015b) bieten die Gelegenheit, die Stärkung der Kommunen im Kontext von Pflege und Sorge exemplarisch voranzutreiben, systematisch Erfahrungen mit einem neuen Miteinander von Sozialversicherung und Kommunen zu sammeln und dabei auch die Gefährdungen und Hürden einer stärkeren Betonung kommunaler Verantwortungsrollen zu analysieren. Auf die vielfältigen Erfahrungen von Bundesländern, die über regionale und kommunale Infrastrukturen der Koordination, der Planung, des Care und Case Managements verfügen, kann in diesen Modellen – respektive Kooperationskommunen zurückgegriffen werden. Im Geflecht des kooperativen Föderalismus lassen sich auf diese Weise Impulse für eine Weiterentwicklung der Pflegepolitiken auf Ebene der Länder setzen, wie sie auch von der Kommission diskutiert wurden.

Eine politische Diskussion um eine nachhaltige Sicherung einer bedarfsgerechten Sorge und Pflege muss sich auch den Fragen der Finanzierung der Langzeitpflege widmen. Gerade wenn von den Kommunen eine stärkere

Beteiligung und aktive Rolle in der Pflege erwartet wird, ist die Sicherung der Finanzierung der Langzeitpflege und die Entlastung der Sozialhilfehaushalte ein zentrales Thema. Ohne eine erhebliche Verbesserung der Finanzausstattung für die Pflegeaufgaben, speziell der Verbesserung der kommunalen Finanzen und der Einnahmen der Pflegeversicherung, wird es nicht gelingen, die hier untersuchten und empfohlenen strukturellen Veränderungen und Aufgabenverlagerungen in Richtung kommunaler Zuständigkeit und Verantwortung zu realisieren. Ob dazu weitere steuerfinanzierte Zuweisungen von Bund und Ländern und/oder eine kommunale Beteiligung an den Einnahmen der Pflegeversicherung ausreichen, muss untersucht werden. In der jetzigen Finanzierungsstruktur werden die Herausforderungen der näheren und weiteren Zukunft nicht bewältigt werden können.

Nicht zuletzt deshalb erscheint es unerlässlich, die Finanzierungsstruktur der Pflegeversicherung grundsätzlich kritisch zu untersuchen und neu zu gestalten. Die bisherigen Veränderungen (wie in früheren Jahren z. B. der Zusatzbeitrag für Kinderlose 2005, das Vorziehen der Beitragsfälligkeit 2006 sowie die Beitragssatzanhebung 2008) werden vor allem dann nicht ausreichen,

- wenn sich mit einem neuen „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ eine Leistungsausweitung für die Langzeitpflege ergibt,
- sich die Auswirkungen des demografischen und sozialen Wandels entfalten,
- der Fachkräftemangel eine bessere Bezahlung der Fachkräfte erfordert,
- die Möglichkeiten familialen und zivilgesellschaftlichen Engagements an Grenzen kommen und
- die kommunal ausgeweitete Mitverantwortung die oben genannte Mitfinanzierung notwendig macht.

Verbände wie die Arbeiterwohlfahrt (AWO) fordern daher seit Jahren die Einführung einer „Pflege-Bürgerversicherung“ (Greß und Bieback 2013). Die kommunalen Spitzenverbände sind in einer Stellungnahme zu den Vorschlägen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Kommunale Verantwortung für Pflege“ ebenfalls für eine Untersuchung und Neuausrichtung der Pflegeversicherung in eine „Pflegeversicherung für alle“ eingetreten (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände 2015). Ein derartiges Projekt sollte aus Sicht der Siebten Altenberichtskommission zügig und ernsthaft geprüft werden.

8. Wohnen und Wohnumfeld

8.1 Einleitung

Lebensqualität und Wohlbefinden hängen in hohem Maße davon ab, ob man mit seiner Wohnsituation zufrieden ist. Dies gilt für Menschen aller Altersstufen und in allen Lebensphasen. Besonders gilt es für alte Menschen, denn für sie ist die Wohnung noch mehr als für jüngere Menschen der räumliche Lebensmittelpunkt: Je älter eine Person ist, desto mehr Zeit verbringt sie durchschnittlich in der eigenen Wohnung und desto kleiner ist ihr Bewegungsradius. Auch die Unterstützung, Versorgung und Pflege alter Menschen ist räumlich an ihren Wohnort gebunden, die entsprechenden Strukturen der Sorge, der Mitverantwortung und der Partizipation sind vor allem lokal verankert. Insgesamt findet die Teilhabe alter Menschen am gesellschaftlichen Leben damit zu einem Großteil am Wohnort statt. In diesem Kapitel steht deshalb die Frage im Mittelpunkt, welche Möglichkeiten die lokale Politik hat, die Wohnsituation alter Menschen so zu gestalten, dass ihre soziale Teilhabe gefördert und ein selbstbestimmtes Leben bis ins hohe Alter ermöglicht wird. Das Kapitel ist folgendermaßen aufgebaut:

Zunächst wird im Abschnitt 8.2 ein Überblick über die Verbreitung typischer Wohnformen im Alter und über die Ausstattung von Wohnumgebungen mit Infrastruktur und Versorgungseinrichtungen gegeben. Daran schließt sich eine Auseinandersetzung mit dem Paradigma des „Ageing in Place“ und mit den Umzugswünschen und -erfahrungen alter Menschen an. Wenn ein größeres Angebot von für das Leben im Alter geeigneten und bezahlbaren Wohnformen zur Verfügung stünde, den Menschen die verschiedenen Wohnformen bekannt wären und ein Wohnungswechsel innerhalb des gewohnten Sozialraumes möglich wäre, wäre ein Umzug im höheren Lebensalter für viele Menschen sinnvoll und realistisch.

Im Abschnitt 8.3 werden auf der Grundlage empirischer Befunde typische Risiken beschrieben, die sich mit dem Älterwerden in Bezug auf das Wohnen und die Wohnsituation ergeben. Dies betrifft zunächst die Entwicklung der Mieten vor allem in den Wachstumsregionen und großen Städten. Dort ist die Bezahlbarkeit des Wohnens für viele älter werdende Menschen ein mit Sorgen verbundenes Thema, insbesondere vor dem Hintergrund ansteigender Altersarmut. Mit zunehmendem Alter und den damit häufig verbundenen gesundheitlichen Einbußen können auch die Ausstattung und die bauliche Gestaltung der Wohnung zu einem Problem werden. Dazu kommt, dass mit dem Älterwerden in der Regel die Mobilität abnimmt. Im Hinblick auf die Unterstützung und Pflege alter Menschen ist es eine wichtige Frage, wie sich die sozialen Beziehungen beim Älterwerden verändern und wie viel und welche Art der Unterstützung die sozialen Netzwerke alter Menschen typischerweise leisten.

Im Abschnitt 8.4 wird dann beschrieben, mit welchen Handlungsansätzen die lokale Politik den vorher besprochenen wohnbezogenen Risiken des Älterwerdens begegnen kann. Dabei wird auf mehrere Handlungsfelder eingegangen: die Sicherung bezahlbaren Wohnens, die Förderung barrierefreien oder barrierereduzierten Wohnraums, die Weiterentwicklung technischer Assistenzsysteme, die Sicherung von Mobilität und Erreichbarkeit, die Gestaltung von Sozialräumen und die Förderung nachbarschaftlicher Beziehungen. Dabei wird entsprechend des Themas dieses Siebten Altenberichts insbesondere untersucht, wie sozialer Austausch und mitverantwortliche Beziehungen im Sozialraum gefördert werden können. Im Abschnitt 8.5 wird die Rolle und Bedeutung der räumlichen Planung für eine lokale Politik für und mit älteren Menschen beschrieben.

Aus den Ausführungen in diesem Kapitel können drei zentrale Botschaften abgeleitet werden. Erstens wird hier deutlich, dass die Wohnsituation älterer Menschen von den Entwicklungen in verschiedenen Handlungsfeldern geprägt wird. Eine sinnvolle Wohnpolitik für ältere Menschen umfasst mehrere Handlungs- und Politikfelder. Sie darf sich nicht nur als Wohnungspolitik auf den Wohnungsmarkt und die bauliche Gestaltung von Wohnungen beziehen, sondern muss auch die bauliche Gestaltung des Wohnumfelds und die soziale Gestaltung des Sozialraums in den Blick nehmen, und dies alles auf der Grundlage einer entsprechenden Regionalentwicklung und Raumplanung. Dazu kommt die Förderung der Mobilität älterer Menschen, damit ihr Zugang zur sozialen, kulturellen und Versorgungsinfrastruktur gesichert ist. Die Grenzen zwischen den verschiedenen Handlungsfeldern einer solchen umfassenden Wohnpolitik sind fließend.

Dies führt direkt zur zweiten Botschaft: Weil die angesprochenen wohnbezogenen Handlungsfelder überlappen und zum Teil miteinander verwoben sind, setzt eine erfolgreiche Wohnpolitik Vernetzung, Koordination und Abstimmung zwischen den beteiligten Akteuren voraus. In den von einer Wohnpolitik für ältere Menschen umfassten Handlungsfeldern können die politischen Ziele und die gewünschten Ergebnisse von Maßnahmen in der Regel nur erreicht werden, wenn mehrere Akteure zusammenwirken (Koproduktion). Koordination, Kooperation, Abstimmung, Koproduktion und die damit verbundenen Fragen der Entscheidungsfindung und Prozesssteuerung

sind Themen, die in diesem Siebten Altenbericht immer wieder auftauchen (vgl. neben diesem Kapitel auch die Kapitel 2, 3, 6 und 7). Am Ende des Berichts wird dieser Themenkreis deshalb noch einmal zusammenfassend aufgegriffen und hervorgehoben (vgl. Kapitel 9).

Eine dritte Botschaft ergibt sich aus der Erkenntnis, dass viele Maßnahmen zur Verbesserung der Wohnsituation Älterer nicht auf die Gruppe der älteren Menschen beschränkt sind und auch nicht auf diese beschränkt sein können. So beziehen zwar viele ältere Menschen Wohngeld und profitieren deshalb von der kürzlich beschlossenen Erhöhung der Wohngeldleistungen, dies trifft jedoch auch auf viele Menschen aus jüngeren Altersgruppen zu. Und wenn in kleinen Gemeinden in peripheren und strukturschwachen Regionen Dorfläden aufgebaut oder andere Angebote erhalten werden, kommt dies allen Altersgruppen zugute. Diese beiden Beispiele zeigen, dass die in diesem Kapitel angesprochenen Maßnahmen und Initiativen generationenübergreifend wirksam sind.

8.2 Die Wohnsituationen älterer Menschen

Bei allen Altersgruppen, insbesondere aber bei alten Menschen, sind die Lebenslagen und die individuellen Handlungsspielräume sehr unterschiedlich und vielfältig. Entsprechend müssen die Wohnsituationen alter Menschen differenziert betrachtet werden. Im folgenden Abschnitt werden die sich ausdifferenzierenden Formen des Wohnens in der Wohnung und im Wohnumfeld genauer betrachtet und in ihrer Relevanz für eine umfassende Wohnpolitik eingeordnet.

8.2.1 Wohnformen

Häusliche Wohnkonstellationen im Alter können sehr vielfältig sein. Zwischen dem selbstständigen Wohnen in der Wohnung ohne Betreuungsstrukturen auf der einen Seite und dem Wohnen in einer stationären Pflegeeinrichtung auf der anderen Seite gibt es eine große Bandbreite an Wohnformen im Alter. Diese Wohnformen sind mit unterschiedlichen Betreuungs-, Integrations- und Teilhabestrukturen verknüpft und decken so die vielfältigen Wohnbedürfnisse älterer Menschen ab.

In der Gesamtschau stellt das Wohnen in einer Miet- oder Eigentumswohnung die mit großem Abstand häufigste Wohnform im Alter dar (in diesem Zusammenhang wird auch von der „gewohnten Häuslichkeit“ gesprochen; Jacobs u. a. 2015). 93 Prozent der Menschen über 65 Jahre leben in solchen Wohnungen; auch bei den über 90-Jährigen sind es immer noch zwei Drittel. Entsprechend seltener sind andere Wohnformen: Nur 7 Prozent der über 65-Jährigen leben in stationären Einrichtungen der Altenpflege, in barrierefreien Wohnungen oder in Varianten des betreuten Wohnens (vgl. BMVBS 2011: 27). Im Folgenden werden empirische Befunde zur quantitativen Bedeutung, zur Qualität und zur Akzeptanz dieser Wohnformen vorgestellt, um daraus Schlüsse für eine künftige Wohnpolitik ziehen zu können.

Selbstständiges Wohnen im Wohneigentum oder zur Miete

Gut die Hälfte der über 65-Jährigen lebt in selbstgenutztem Wohneigentum, etwa 23 Prozent zur Miete in der Wohnung eines Wohnungsunternehmens und etwa 25 Prozent zur Miete in der Wohnung eines privaten Eigentümers (vgl. BMVBS 2011: 29). Diese Verteilung kann sich in den kommenden Generationen ändern, denn in den 1970er Jahren ist der Wohnungsbau im Eigentum besonders intensiv gewesen, sodass auch der Anteil der im Eigentum lebenden über 80-Jährigen von heute etwa 36 Prozent voraussichtlich weiter steigen wird (ebd.). Dies bedeutet, dass die Bindung an den Wohnort in der Gruppe der sehr alten Menschen noch zunehmen würde.

Die Wohnungen der über 65-Jährigen sind im Schnitt 91 m² groß. Damit verfügen sie im Vergleich zur Gesamtbevölkerung auch pro Kopf mit 60 m² über gut 15 m² mehr Wohnfläche – die jedoch auch unterhalten werden muss. Insbesondere mit dem Auszug der Kinder, dem Übergang von der Familienwohnung zum „Empty-Nest“, steigt dieser Pro-Kopf-Wert an (Pestel-Institut 2013). Entsprechend empfindet jeder fünfte ältere Mensch seine Wohnung als zu groß (BMVBS 2011: 31).

Im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung leben ältere Menschen eher in älteren Wohngebäuden: Während 17,3 Prozent aller deutschen Haushalte in Gebäuden leben, die 1991 oder später gebaut wurden, sind es bei den Haushalten ab 65 Jahren lediglich 5,3 Prozent der Eigentümerhaushalte und 7,8 Prozent der Mieterhaushalte (Pestel-Institut 2013; vgl. auch BMVBS 2011). Diese Situation ist deswegen von Bedeutung, da ein größerer Teil der

älteren Menschen nun in Wohnungen und Häusern mit Barrieren und Hindernissen beim Zugang zu oder innerhalb der Wohnung lebt (Pestel-Institut 2013), denn für gewöhnlich spielte das Bauen barrierefreier Wohnungen und Häuser im früheren 20. Jahrhundert keine wichtige Rolle.

Von den zur Miete wohnenden alten Menschen lebt ein relevanter Anteil in genossenschaftlichen Wohnformen. Genossenschaftliches Wohnen hat eine lange Tradition: so gibt es in Deutschland etwa 2.000 Wohngenossenschaften mit einem Bestand von etwa 2,2 Mio. Wohnungen. In diesen Wohnungen leben etwa 5 Mio. Menschen. Der genossenschaftliche Bestand macht somit etwa zehn Prozent des Gesamtbestandes an Wohnungen aus (Crome 2007). Gerade in ostdeutschen Bundesländern sind Mietwohnungen im Bestand von Wohnungsgenossenschaften weit verbreitet (Crome 2007). Ein Großteil genossenschaftlicher Wohnungen wurde in den 1950er und 1960er Jahren gebaut. Vom Grundsatz her ist genossenschaftliches Wohnen nicht auf Gewinn angelegt, sondern darauf, die Mitglieder der Genossenschaft kostendeckend mit bezahlbarem Wohnraum zu versorgen. Mitglieder von Wohnungsgenossenschaften erwerben ein lebenslanges Nutzungs- und Wohnrecht. Nicht ohne Grund leben gerade Menschen mit geringem Einkommen in Wohnungsgenossenschaften. Hingegen sind diese Wohnungen für Familien häufig zu klein und damit eher ungeeignet. Die überwiegende Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner von Wohnungsgenossenschaften ist heute im Ruhestand. Hochaltrige der Geburtsjahrgänge der 1920er und 1930er Jahre wohnen deutlich häufiger im Bestand von Wohnungsgenossenschaften und in kommunalen Wohnungen als im Privateigentum (Theurl u. a. 2012). Die lange Wohndauer und der besonders hohe Anteil alter und sehr alter Menschen in genossenschaftlichen Wohnungen verweist auf die besondere Bedeutung dieser Wohnform.

Wohnen in Einrichtungen der stationären Altenpflege

In Einrichtungen der stationären Altenpflege leben lediglich 4,2 Prozent der über 65-Jährigen. Selbst von den Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe leben nur 32,6 Prozent in einer stationären Einrichtung, wohingegen 66,4 Prozent zu Hause gepflegt werden (Statistisches Bundesamt 2015a). Jedoch sollte dies nicht darüber hinweg täuschen, dass es im Lebensverlauf wahrscheinlicher wird, in einer solchen Einrichtung zu wohnen: Von den 80- bis 84-Jährigen leben 6,2 Prozent in stationären Einrichtungen, von den 85- bis 90-Jährigen 13,7 Prozent und von den über 90-Jährigen bereits 29,3 Prozent (ebd.).

Das Leben in einer stationären Einrichtung wird in der Regel vor allem unter dem Aspekt der pflegerischen Versorgung, nicht jedoch unter dem Aspekt des Wohnens betrachtet, wie der weit verbreitete Begriff des „Pflegeheims“ – im Gegensatz zum Begriff „Wohnheim“ – zeigt. Dies suggeriert, Menschen würden bei Einzug in eine stationäre Einrichtung aufhören zu wohnen. Während die Qualität in der Pflege häufig untersucht und bewertet wird (z. B. Pflege-TÜV, Pflege-Noten, Zertifizierungssysteme), liegen bisher kaum repräsentative Studien zur eigentlichen Wohnqualität in stationären Einrichtungen vor. In einer Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach wurde untersucht, inwieweit die Pflegeheimstrukturen und -bedingungen den Wohnwünschen der Heimbewohner entgegen kommen (IQD 2011). Es konnte gezeigt werden, dass insbesondere jene Wohnwünsche erfüllt werden, die die täglichen Abläufe in der Heimorganisation nicht beeinflussen. Dazu gehören unter anderem die Möglichkeit zu ungestörten Gesprächen mit Besucherinnen oder Besuchern, die Verfügbarkeit eines eigenen Zimmers oder auch die Entscheidung darüber, allein oder in Gesellschaft zu bleiben. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass gerade jene Wohnwünsche, die die Mobilität und selbstbestimmte Alltagsgestaltung betreffen, weniger gut erfüllt werden. 30 bis 40 Prozent der befragten Heimbewohnerinnen und -bewohner benennen starke Defizite bei Angeboten im Tagesablauf, der Unterstützung bei Spaziergängen und anderen Bewegungsaktivitäten, gelegentlichen Arztbesuchen, Selbstmedikation beziehungsweise dem selbstbestimmten Verzicht auf die Einnahme von Medikamenten, der Möglichkeit, eigene Interessen zu verfolgen sowie bei Hilfen bei eigenen Aktivitäten. Ein noch viel stärker ausgeprägter Mangel an Rücksichtnahme betrifft die Grundbedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner: Frequenz und Zeitpunkt der Ganzkörperreinigung, Zeiten der Bettruhe und des Weckens sowie Essenszeiten werden größtenteils nicht den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohnern angepasst. Das Gleiche gilt für die Bestimmung darüber, wer der Zimmernachbar ist. Diese letztgenannten Punkte sind Wohnwünsche, die von den Bewohnerinnen und Bewohnern als sehr wichtig eingestuft werden, gleichzeitig aber von der Heimorganisation nur wenig berücksichtigt werden. Bezüglich zentraler Aspekte der Lebensqualität (Mobilität, Selbstbestimmung und soziale Integration) bestehen also die größten Diskrepanzen zwischen Wunsch und Realisierung.

Betreutes Wohnen

Eine spezielle Wohnform im Alter stellt das betreute Wohnen dar. Dabei handelt es sich um eine Variante des Wohnens in der eigenen Häuslichkeit, allerdings in einer barrierearmen Wohnung mit der Möglichkeit, Dienstleistungen zur Beibehaltung der Wohn- und Lebensqualität auch im Alter in Anspruch zu nehmen. Die Dienstleistungen können intern (durch das Personal in einer Wohnanlage) oder extern (durch das Personal einer Sozialstation oder eines Pflegedienstes) organisiert sein. Diese Art des Wohnens bietet im Gegensatz zu Betreuungskonzepten von Heimen Flexibilität in der Inanspruchnahme von Dienstleistungen, da diese individuell bestellt und in Anspruch genommen werden können.

2 Prozent der über 65-Jährigen wohnen in einer Form des betreuten Wohnens, insbesondere Hochaltrige ab 80 Jahren. Gut drei Viertel der Bewohner sind alleinstehend (Hofmann u. a. 2007: 32). Offenbar stellt betreutes Wohnen insbesondere für alleinstehende Ältere eine Wohnoption dar, da sie dort sowohl über Hilfe- als auch soziale Netzwerkstrukturen verfügen. Ein integraler Bestandteil des Wohnkonzeptes des betreuten Wohnens ist die bauliche Barrierefreiheit oder mindestens Barrierearmut. Ein Großteil der genossenschaftlich organisierten Wohnprojekte ist barrierefrei, ein Drittel ist sogar alternsgerecht beziehungsweise rollstuhlgerecht gebaut (Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen NRW e. V. und Wohnen in Genossenschaften e. V. 2012: 61).

Da das betreute Wohnen vergleichsweise teuer ist, wird von jüngeren Alten diese Wohnform selten als Wohnalternative in Betracht gezogen (Schweer u. a. 2011: 496). Zudem erfüllt das betreute Wohnen vielfach nicht die Erwartungen älterer Menschen: Sie erwarten Sorgestrukturen, jedoch handelt es sich beim betreuten Wohnen meist um die Vermietung von Fläche mit Anbindung an eine Pflegeinstitution. Hier spielt auch das Heimgesetz eine Rolle: Wird im betreuten Wohnen ein bestimmter Umfang an Versorgungsleistungen geboten, so tritt das Heimgesetz mit seinen entsprechenden Vorgaben und Einschränkungen in Kraft (BMVBS 2011: 68).

Alternative Wohnformen

Deutlich weniger als 1 Prozent der über 65-Jährigen leben in so genannten alternativen Wohnformen wie Pflegewohngruppen, integriertem Wohnen oder gemeinschaftlichem Wohnen.

Beim integrierten Wohnen handelt es sich nicht um eine spezifische Wohnform. Vielmehr beruht dieses Konzept auf dem Zusammenleben von Menschen mit besonderen (nicht nur altersspezifischen) Bedarfen und der Ermöglichung der sozialen Teilhabe unterschiedlicher Statusgruppen. Vorrang bei der Bewältigung von Betreuungs- und Fürsorgeaufgaben haben nicht professionelle Dienstleistungen, sondern die Selbst- und Nachbarschaftshilfe. Auch gemeinschaftliche Wohnprojekte sind stark teilhabeorientiert und auf das Agieren in der Gemeinschaft ausgerichtet, jedoch ist hier das Hauptziel, Vertrautheit und Geborgenheit zu gewährleisten und gleichzeitig die Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner zu fördern. Dazu gehört unter Umständen auch die Inanspruchnahme externer Betreuungsdienstleistungen (Fedrowitz und Matzke 2013).

Hausgemeinschaften sind als Form gemeinschaftlichen Wohnens am meisten verbreitet und sind in ihrer Ausprägung als Mehrgenerationenprojekte eine Wohnform, die für ältere Menschen zunehmend attraktiv wird. Die gegenseitige Unterstützung der Generationen lässt sich hier in räumlicher Nähe gut organisieren. Eine besondere Form der Hausgemeinschaften ist unter dem Motto „Nicht allein und nicht ins Heim“ entstanden; hier leben Menschen, die mindestens 60 Jahre alt sind, zusammen und unterstützen sich gegenseitig bei der Alltagsgestaltung und bei Freizeitinitiativen. Haus- oder Wohngemeinschaften stellen eine Art Übergangsform von selbstbestimmtem zu betreutem Wohnen dar, denn je nach Hilfebedarf der Bewohner sind die Wohngemeinschaften vollständig selbst organisiert oder mit Formen der externen Betreuung verknüpft (Fedrowitz und Matzke 2013).

Gerade die Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft (eG) kann den nötigen Rahmen und die Strukturen bieten, die eine Umsetzung der Wohnwünsche der Beteiligten nach gemeinschaftlichem Zusammenleben begünstigen (BBSR 2014b). Entscheidet man sich für ein Wohnprojekt in Bestandsgenossenschaften, sind die Aushandlungsprozesse unter den Beteiligten geringer als etwa in selbst gegründeten Genossenschaften. Dies macht eine Organisation des gemeinschaftlichen Projektes weniger aufwändig. In allen Wohnprojekten, die in einer Studie des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (BBSR 2014b) untersucht wurden, ist der Wunsch nach einer höheren Kontaktdichte mit den Nachbarn sowie gemeinschaftlichen Aktivitäten vorherrschend. Werden eigene Wohnprojekte von Älteren gestartet und als eigenständige Genossenschaft aufgebaut, liegt meistens der Wunsch nach einem Zusammenleben mehrerer Generationen vor. Bei Genossenschaften gibt es einen klaren strukturellen Vorteil: Bei mangelnder Passung der Wohnform oder der baulichen Beschaffenheit kann

die Wohnung verändert werden oder ist der Austritt aus einer Genossenschaft möglich. Somit ist bei Beteiligung an einer Genossenschaft das individuelle Verlustrisiko auf die Höhe der geleisteten Einlage beschränkt. Dieser finanzielle Eigenanteil ist zudem deutlich geringer, als er für die Bildung von Wohneigentum notwendig wäre. Baulich zeichnen sich die Projekte meist durch Barrierefreiheit sowie Gemeinschaftsflächen aus (neben der Beachtung energetischer Anforderungen sowie der Verwendung ökologischer Baumaterialien).

Pflegewohngruppen wiederum drehen sich stärker um die Pflegebelange älterer Menschen. Diese Wohngruppen bestehen aus einem gemeinsamen Haushalt in einer großen Wohnung oder einem ausreichend großen Gebäude. Die Pflege findet hier im Gegensatz zum Ansatz von Pflegeheimen kleinteiliger und somit persönlicher statt. Eine Betreuung der Gruppen erfolgt extern durch den Träger der Wohngruppe oder auch selbstbestimmt durch die Mitbewohner und deren Angehörige. Dabei ist das Pflegepersonal je nach Pflegebedarf nicht zwingend permanent vor Ort, was den Charakter des privaten, selbstbestimmten Wohnens so gut wie möglich gewährleisten soll (Deutscher Bundestag 1998). Die Datenlage zur Verbreitung dieser Wohnform ist sehr beschränkt. Der Betrieb von Wohngemeinschaften unterliegt den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen, die die Bundesländer in den letzten Jahren aufgesetzt haben (mit Ausnahme von Thüringen). Die Qualitätssicherung in Form von regelmäßigen Überprüfungen der Wohngemeinschaften findet fast ausschließlich bei den trägerverantworteten Wohngemeinschaften statt. Lediglich in Bayern werden die selbstbestimmten Wohngruppen ebenfalls regelmäßig kontrolliert. Anhand der stark zeitversetzten Schaffung von Landesheimgesetzen wird die unterschiedliche Relevanz dieses Versorgungssettings in den jeweiligen Bundesländern deutlich und damit auch die regional unterschiedliche Verfügbarkeit dieser Wohnform für ältere Menschen.

Obwohl es prinzipiell schon eine Vielzahl an Wohn- und Versorgungsformen zwischen der selbstständig bewirtschafteten Wohnung und der stationären Pflegeeinrichtung gibt, und obwohl diese Wohnformen den verschiedenen Bedarfs- und Bedürfnislagen gut gerecht werden könnten, spielen sie quantitativ immer noch eine unbedeutende Rolle. Der Pflege-Report 2015 hat deshalb zum Ziel, diese Wohn- und Versorgungsformen „zwischen Heim und Häuslichkeit“ bekannter zu machen und ihre Potenziale herauszustellen (Jacobs u. a. 2015). Dabei muss bedacht werden, dass der Aufbau und der Zugang zu solchen Wohnformen voraussetzungsvoll ist, da sie Aushandlungsprozesse der Bewohnerschaft zur Gestaltung ihrer Wohngemeinschaft sowie Prozesse der Planung und Organisation erfordern. Durch die Kosten für die Umsetzung solcher Wohnvorstellungen sind diese für einkommensschwächere ältere Menschen kaum realisierbar.

Ein differenziertes Angebot an Wohnformen schaffen

Inzwischen hat sich im Feld integrierter Wohnangebote und alternativer Wohnformen eine ausgeprägte (allerdings heterogene) Experimentierlandschaft entwickelt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass auch im hohen Lebensalter nur ein sehr kleiner Teil der Menschen in stationären Einrichtungen beziehungsweise Sonderwohnformen lebt und leben will. Die breite Mehrheit möchte im privaten häuslichen Lebenszusammenhang bleiben. Allerdings ist diese Präferenz mit einem Anpassungsbedarf in baulich-technischer Hinsicht und der Entwicklung neuer sozialer und technisch-assistierender Dienstleistungsangebote verbunden, ohne die ältere Menschen nicht in der eigenen Wohnung oder dem eigenen Haus versorgt werden können. Hier liegen noch große Herausforderungen, da der Wohnungsmarkt noch nicht hinreichend auf die wachsende Anzahl äterer Menschen eingestellt ist. Deshalb sollten neben dem Umbau der Wohnungen, alternsgerechten Neubauten und der Aufwertung des Wohnumfeldes auch alternative Wohnformen – von betreuten Wohnmodellen bis zu ambulanten Pflegewohngemeinschaften oder Gastfamilienmodellen – gefördert und auf diese Weise ein differenziertes und vielfältiges Angebot geschaffen werden.

8.2.2 Wohnumfeld

Mit dem Begriff des Wohnumfeldes sind in der Fachsprache der Planung an sich nur die Freiräume im Umfeld einer Wohnung gemeint: Über die Fläche der eigenen Wohnung hinaus definiert das Wohnumfeld im öffentlichen Bereich Freiräume wie Plätze, Parks, Grünanlagen und Straßenräume, die in ihrer Organisation und Gestaltung wesentliche Faktoren der Mobilität, der alltäglichen sozialen Teilhabe und insgesamt der Wohnzufriedenheit sind. Der Begriff umfasst im weiteren Sinne „die räumlichen und sozialen Gegebenheiten, in die eine Wohnung oder ein Haus unmittelbar eingebettet sind, also beispielsweise den Hausflur, die Zone vor dem Haus, den Vorgarten, die Straße, aber auch die Hausgemeinschaft und die Nachbarn“ (Beetz und Wolter 2015: 210). Im

Siebten Altenbericht wird das Wohnumfeld insbesondere in seiner sozialen Bedeutung relevant und mit dem Begriff des Wohnquartiers erweitert, welcher auch den städtischen Kontext des Wohnumfeldes mit einbezieht.

Das Wohnquartier als Ort der sozialen Teilhabe

Das Wohnquartier erfüllt im Kern vier zentrale Funktionen: Es bietet Chancen zur Existenzsicherung durch Arbeit, ist der Ort des Wohnens und damit eng verknüpft auch ein Ort des sozialen Austausches sowie der Teilhabe an gesellschaftlichen Institutionen (Herlyn u. a. 1991). Die Funktion eines Wohnquartiers, einer Siedlung oder eines Dorfes als Ort des sozialen Austauschs und der Teilhabe nimmt mit zunehmendem Alter eine immer größere Bedeutung ein, insbesondere wenn die Mobilität gesundheits- und/oder einkommensbedingt eingeschränkt wird. Im Hinblick auf Handlungsstrategien älterer Menschen im Wohnumfeld sind insbesondere drei Teilhabeformen von Bedeutung: mit Anderen auf ein bestimmtes Ziel hin kooperieren, Anderen helfen und Hilfe von Anderen annehmen (Levasseur u. a. 2010). Alle drei Formen sehen soziale Teilhabe als „das Leisten eines Beitrages für die Gesellschaft“ vor Ort, wobei „im ländlichen und kleinstädtischen Kontext die Kontakte zu den Nachbarn mit zunehmender Wohndauer zumeist enger [werden], während in mittelgroßen Städten und Großstädten durch höhere Mobilität und städtische Lebensweise weniger enge Nachbarschaftskontakte“ (Voges und Zinke 2010: 306) in Form von Unterstützung und gegenseitiger Hilfe die Regel sind. Oft bedeuten bauliche Barrieren in der Wohnung und dem Haus für ältere Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen bereits die Ausgrenzung aus solchen sozialräumlichen Teilhabegelegenheiten. Für sie ist dann die Wohnung der „Mittelpunkt-Ort“ der Alltagsgestaltung.

Als „Mittelpunkt-Ort alltäglicher Lebenswelten und individueller Sphären“ (Schnur 2014a: 43) bekommt damit das Wohnquartier wie auch die Wohnung im höheren Alter eine neue Stellung, denn „Integration oder Ausgrenzung werden nun vor allem auch sozialräumlich erfahren“ (Böhnisch und Schroer 2010). Das Wohnumfeld als sozialräumlicher Mittelpunkt der Alltagsgestaltung kann durch die Vertrautheit mit dem Ort nach langer Wohndauer ein hohes Unterstützungspotenzial für ältere Menschen bedeuten. Insbesondere dort, wo dieses sozial eingebunden sein nicht mehr gegeben erscheint – zum Beispiel aufgrund einer hohen Bewohnerfluktuation in innerstädtischen Stadtquartieren, durch den Generationenwechsel in Eigenheimsiedlungen oder durch den Fortzug der mittleren Generation aus bestimmten ländlichen Regionen – ist die Funktionsfähigkeit des Wohnumfeldes als Ort sozialer Teilhabe aber gefährdet. So nimmt das Wohnumfeld bei Veränderungen in der Wohnbevölkerung, der Versorgungs- und sozialen Infrastruktur einen Doppelcharakter ein: „Dieser kann dazu führen, dass Ältere trotz fehlender quartiernaher Möglichkeiten der Unterstützung bei Hilfsbedürftigkeit dennoch dort verbleiben möchten, weil ihnen die soziale Eingebundenheit beziehungsweise Vertrautheit mit der Umgebung am wichtigsten erscheint“ (Voges und Zinke 2010: 305). Soziale Beziehungen vor Ort können gar dafür eine Rolle spielen, andere strukturelle Mängel im Wohnumfeld zu kompensieren oder abzumildern (Voges 2008: 230f.). Dabei ist die Qualität des Wohnens nicht nur von der Lage der Wohnung, der sozialen Nachbarschaft und der Verfügbarkeit öffentlicher und sozialer Infrastruktur abhängig, sondern hängt nach Giessler (2008: 16) auch von der individuellen Bewertung dieser Aspekte ab. Die subjektive Sicht auf das eigene Wohnumfeld wird dabei auch durch den eigenen sozioökonomischen Status, die damit verbundenen Möglichkeiten zur Kompensation von Defiziten bei den „objektiven Ressourcen des Quartiers“ (Nieszery 2008: 110) sowie den eigenen Gesundheitszustand beeinflusst. Menschen unterscheiden sich also darin, was sie im Alter in ihrem Wohnumfeld als notwendig ansehen und was nicht: Voges und Zinke (2010) zeigen, dass gerade in „kleineren und mittelgroßen Städten sowie in ländlichen Regionen zwar vermehrt objektive Defizite in der Infrastruktur bestehen, sie jedoch von den älteren Bewohnerinnen und Bewohnern lediglich beim Fehlen von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung als Defizit wahrgenommen werden“ (Voges und Zinke 2010: 305).

Infrastruktur und Versorgung

Bisher scheint die Infrastruktur in der unmittelbaren Wohnumgebung älterer Menschen in vielen Bereichen noch gut aufgestellt zu sein: Mehr als 80 Prozent der 65- bis 85-Jährigen haben eine Apotheke, einen Hausarzt und einen Supermarkt in ihrer unmittelbaren Umgebung und zeigen sich mit dieser Ausstattung zufrieden (Generali Zukunftsfonds 2012: 114). In anderen Studien zeigt sich jedoch eine etwas geringere Zufriedenheit: So sind zwar Ärzte und Apotheken aus Sicht von 82 Prozent der über 65-Jährigen gut zu erreichen, knapp 20 Prozent der über 65-Jährigen bemängeln jedoch die Erreichbarkeit von Bus- und Bahnstationen sowie 25 Prozent die Erreichbarkeit von Lebensmittelgeschäften (BMVBS 2011: 52). Ausgehmöglichkeiten, Sport-, Freizeit-, Kultur- und Bildungsangebote sind mit 26 bis 36 Prozent ebenso deutlich seltener vorhanden und damit das Wohnumfeld

diesbezüglich aus Sicht der Älteren schlecht ausgestattet (Generali Zukunftsfonds 2012: 114). Das heißt: Jeder vierte bis fünfte Haushalt älterer Menschen beklagt Versorgungsmängel.

Bezüglich der Bewertung der Qualität des Wohnumfelds durch die Gruppe der 40- bis 85-Jährigen fördern die Daten des Deutschen Alterssurveys (Mahne u. a. 2010) eine deutlich ungleiche Entwicklung je nach Siedlungsstruktur zutage: So sind Menschen in den dicht besiedelten Regionen (mehr als 500 Einwohner pro km²) mit der vorhandenen Infrastruktur zufrieden. Dies betrifft Einkaufsmöglichkeiten, den Anschluss an den ÖPNV sowie die Versorgung mit Ärzten und Apotheken. In dünner besiedelten Regionen hingegen (verstädterte Räume mit einer Bevölkerungsdichte von weniger als 500 Einwohnern pro km² und ländliche Räume mit weniger als 100 Einwohner pro km²) bewertet nur die Hälfte der Älteren die Qualität des Wohnumfelds als ausreichend. Hervorzuheben ist dabei, dass in ländlichen Regionen lediglich ein Drittel der 40- bis 85-Jährigen die Anbindung an den ÖPNV als gut bewertet (Mahne u. a. 2010; vgl. Generali Zukunftsfonds 2012: 115 und BBSR 2011a: 9). Je ein Fünftel dieser Gruppe sowie der Gruppe der Älteren in den städtischen Regionen bemängeln zudem die unzureichende Ausstattung ihrer Region mit Ärzten und Apotheken (Mahne u. a. 2010: 150ff.). Wird hingegen die Zufriedenheit mit dem Wohnumfeld nach alten und neuen Bundesländern betrachtet, so zeigt sich bezüglich der Ausstattung mit Ärzten und Apotheken sowie dem Vorhandensein von Einkaufsmöglichkeiten eine deutlich schlechtere Situation in den neuen Bundesländern (Mahne u. a. 2010). Darüber hinaus hängt die Qualität des Wohnumfelds auch von der Kombination aus Siedlungstyp und Wohnform ab: Mietwohnungen in ländlichen Gebieten liegen laut Aussagen der betreffenden Befragten häufig günstiger in Nachbarschaft zu Einrichtungen der Daseinsvorsorge (Ärzte, Einkaufen, Kultur) als Eigentümerhaushalte. Es wird deutlich, dass Eigentümer bei der Suche nach einem geeigneten Eigentumsstandort auf andere Faktoren als die Nähe zu Infrastruktureinrichtungen achten (BBSR 2011b: 7).

In der Regel zeigen sich ältere Menschen in einschlägigen Studien trotz objektiver und subjektiver Mängel im Wohnumfeld oder in der Wohnung zufrieden mit ihrer allgemeinen Wohnsituation. Dieses Phänomen wird als das „Zufriedenheitsparadox“ bezeichnet (Staudinger 2000; Herschbach 2002). Die hohe Toleranz älterer Menschen mit ihren Wohnverhältnissen resultiert auch daraus, dass Wohnumwelten der Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen dienlich sind und deshalb auch unter dem Aspekt der Identitätsstiftung große individuelle Bedeutung haben (Teti u. a. 2014: 326). Außerdem spielen Faktoren der individuellen emotionalen Verbundenheit mit dem Wohnumfeld und dessen subjektive Bewertung für die Wohnzufriedenheit eine wichtigere Rolle als die objektiv bestimmbare Qualität des Wohnumfelds (Motel-Klingebiel u. a. 2005: 163). Aus diesem Grunde sind die oben benannten Defizite in der Ausstattung des Wohnumfelds ernst zu nehmen, auch wenn es um die allgemeine Wohnzufriedenheit gut bestellt ist. Problematisch wird die mangelnde Ausstattung des Wohnumfelds unter anderem besonders deshalb, weil diese mehr Kompensationsaufwand erforderlich macht. Alleinlebende Ältere betreiben beispielsweise diesen Kompensationsaufwand seltener und verzichten so eher auf Aktivitäten, die ein größeres Maß an Mobilität erforderlich machen (BBSR 2011: 13).

8.2.3 Mehr Wohnmobilität ermöglichen

In Umfragen gibt regelmäßig ein Großteil der Befragten an, im Alter am liebsten so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit wohnen bleiben zu wollen. Als Beispiele für diesen Befund werden hier die Ergebnisse zweier Studien genannt:

- In der Generali Altersstudie wurden 65- bis 85-Jährige gefragt, wie sie am liebsten leben würden, falls sie nicht mehr vollständig selbstständig leben könnten und auf Unterstützung angewiesen wären. Aus sechs vorgegebenen Möglichkeiten konnten die Befragten mehrere nennen. 59 Prozent der Befragten wählten die Option „in eigener Wohnung mit Pflegedienst“. Deutlich hinter dem Wunsch nach dem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit folgt das Seniorenwohnheim mit eigener Wohnung (32 %) oder mit eigenem Zimmer (21 %) (Generali Zukunftsfonds 2012: 307). Aber es gibt auch eine kleine, wachsende Gruppe, die sich mit dem Älterwerden eine gemeinschaftliche Wohnform vorstellen kann: Eine Wohngemeinschaft mit anderen älteren Menschen ist für 12 Prozent der älteren Menschen eine denkbare Option.
- In der COMPASS-Studie (Kuhlmey u. a. 2010) wurden über 40-Jährige nach ihrer bevorzugten Versorgungsform befragt. Dabei gaben 69 Prozent der Befragten an, dass sie am liebsten zu Hause versorgt werden würden (8 %: Pflege zu Hause durch Angehörige; 16 %: Pflege zu Hause durch ambulanten Pflegedienst; 40 %: Pflege zu Hause durch Angehörige und ambulante Pflegedienste; 5 %: Pflege zu Hause durch Personal

aus dem Ausland). 30 Prozent der Befragten nennen als bevorzugte Option jedoch auch andere Wohnformen (betreutes Wohnen/Servicewohnen, Alten- oder Pflegeheim, Mehrgenerationenhaus, Wohngemeinschaft).

Gefragt nach ihren Wohnwünschen, geben also die meisten Menschen die eigene Häuslichkeit als bevorzugte Option an, aber auch andere Wohnformen werden zu relevanten Anteilen als erste Wahl genannt. Die tatsächliche Verteilung der Wohnformen im Alter entspricht jedoch längst nicht diesen Wohnwünschen. Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass deutlich über 90 Prozent der älteren Menschen in der eigenen Häuslichkeit (also in „normalen" Wohnungen) wohnen (für eine Übersicht vgl. Teti 2015). An zweiter Stelle steht mit weitem Abstand das Alten- oder Pflegeheim (je nach Studie 4 bis 5 %). Andere Wohnformen machen nur einen sehr geringen Anteil aus.

Viele 65- bis 85-Jährige wohnen schon sehr lange im gleichen Wohnumfeld: Fast ein Drittel lebt mehr als vierzig Jahre an einem Ort (Generali Zukunftsfonds 2012: 109). In fast 80 Prozent der Fälle sind über 50-Jährige das letzte Mal vor mehr als zehn Jahren umgezogen. Wenig überraschend ist, dass Wohneigentümer noch sehr viel seltener umziehen als Mieter: Während 60 Prozent der ab 50-jährigen Mieter vor mehr als zehn Jahren das letzte Mal umgezogen sind, trifft dies auf über 90 Prozent der Wohneigentümer zu (TNS Emnid 2011: 3). Bei einem Vergleich von je zwei Mittel- und Großstädten zeigte sich, dass über die Hälfte der Mieter und sogar bis zu drei Viertel der Eigentümer auf keinen Fall umziehen will (Banse u. a. 2014: 116). In strukturschwachen Regionen ist die Umzugswilligkeit stärker ausgeprägt: So zieht beispielsweise mehr als ein Drittel der Älteren in Mecklenburg-Vorpommern einen Umzug in Erwägung (Kremer-Preiß u. a. 2013: 91).

Wenn bei alten Menschen ein Umzugswunsch besteht, dann mit dem Ziel, die Wohnsituation für das Alter bedarfsgerecht zu gestalten (Banse u. a. 2014: 117; Kremer-Preiß u. a. 2013: 88). Auch die Verbesserung des Wohnumfeldes ist, zumindest in ländlichen Regionen, ein Grund, im Alter nochmals umzuziehen (Kremer-Preiß u. a. 2013: 89). Jedoch zeigt sich auch hier die Bedeutung des Wohnumfeldes und der eigenen vier Wände für die Identität eines Menschen sowie seinem Bedürfnis nach Kontinuität: Einen Ortswechsel in die nächstgrößere Gemeinde beziehungsweise Stadt, um auf bessere Infrastruktur zugreifen zu können, strebt beispielsweise nur etwa ein Viertel der befragten Älteren in Mecklenburg-Vorpommern an (Kremer-Preiß u. a. 2013: 88).

Die Umzugsbereitschaft sinkt zwar mit dem Lebensalter, sie hängt jedoch nicht ausschließlich vom Alter ab: Je höher der Bildungsabschluss, desto höher ist im statistischen Durchschnitt auch die Bereitschaft, im Alter umzuziehen (Zimmerli 2014). Für Ältere mit höherem Bildungsabschluss sind Wohnformen zwischen Häuslichkeit und Heim auch attraktiver als für Ältere mit niedrigerem Bildungsabschluss (Generali Zukunftsfonds 2012: 309). Unterschiede zeigen sich auch, wenn man die Gruppe der Älteren nach Einkommensklassen unterscheidet: Menschen zwischen 65 und 85 Jahren, die über ein hohes Einkommen verfügen, können sich eher vorstellen, in einer eigenen Wohnung im Seniorenwohnheim oder in einem Mehrgenerationenhaus zu leben, als Menschen mit niedrigerem Einkommen (Generali Zukunftsfonds 2012: 310). Ein guter Prädiktor für eine höhere Umzugsbereitschaft im höheren Lebensalter ist auch die Zahl der bis dahin vollbrachten Umzüge.

Die Einstellung zu einem Umzug im höheren Alter kann sich auch von Kohorte zu Kohorte verändern: So gibt es Anzeichen dafür, dass nachfolgende Generationen einem Umzug im höheren Lebensalter aufgeschlossener gegenüber stehen als die Kohorten der aktuell alten Menschen. Die Generation der Babyboomer, die in den nächsten Jahren in das Ruhestandsalter eintritt, unterscheidet sich von der Generation ihrer Eltern etwa durch eine größere Aufgeschlossenheit gegenüber einem Umzug und durch eine größere Bereitschaft, im Alter etwas Neues anzufangen (Zimmerli 2014).

Auch in der fachpolitischen Debatte wird der Schluss gezogen, dass vor allem das „Wohnen bleiben in der eigenen Häuslichkeit" ermöglicht werden sollte. „Alt werden zu Hause" ist derzeit das dominierende Paradigma. In der internationalen fachpolitischen Debatte heißt das entsprechende Leitbild „Aging in Place". Obwohl es durchaus Ansätze gibt, bei denen „Aging in Place" auf ein Quartier bezogen ist, wird das Leitbild doch meistens auf „die eigenen vier Wände" beschränkt: „In policy and research on aging in place, the focus is often on ‚home'„ (Wiles u. a. 2012: 364). Beim Ansatz des „Aging in Place" wird also vor allem die Alternative „Wohnen bleiben in der eigenen Wohnung" versus „Eintritt in die stationäre Pflegeeinrichtung" thematisiert. Dies trägt dazu bei, dass neben der eigenen Häuslichkeit und stationären Einrichtungen andere Wohnformen wenig thematisiert werden. Daran ist problematisch, dass in vielen Fällen so lange wie möglich am eigenen Haushalt festgehalten wird, auch wenn damit irgendwann erhebliche Einschränkungen verbunden sind (Beetz und Wolter 2015: 210).

Aus diesem Grund regt sich in den letzten Jahren zunehmend Kritik am hohen Stellenwert, der dem Aging-in-Place-Ansatz derzeit in der fachpolitischen Debatte zugesprochen wird. In Deutschland sind geplante Umzüge im Alter nicht üblich, sie entsprechen keinem gesellschaftlich anerkannten Verhalten. Menschen, die für das Alter

oder im Alter einen Umzug erwägen, haben dafür in der Regel keine oder nur wenige Vorbilder. Zudem gibt es wenig Angebote an Wohnformen „zwischen Häuslichkeit und Heim“, die ein betreutes, bezahlbares und selbstbestimmtes Wohnen ermöglichen. Ein Mensch wird sich jedoch nur dann mit der Frage beschäftigen, ob ein Umzug sinnvoll ist, wenn ihm Alternativen zum Status Quo bekannt sind und er diese für sich als geeignet und realistisch erachtet: „Wer attraktive Handlungsalternativen sieht und für erreichbar hält, ist einer Wohnveränderung gegenüber offener als jemand, der nur das Heim als mögliche Alternative für das Wohnen im Alter kennt“ (Jann 2014: 165).

Es gibt Hinweise darauf, dass sich immer mehr ältere Menschen einen Wohnungswechsel gut vorstellen können, dass sie jedoch gerne in ihrem gewohnten Quartier, in ihrem Dorf, in ihrem Stadtteil oder in ihrer Region bleiben wollen. Wenn ein Umzug unumgänglich ist, so wünschen sich die Menschen, dass die neue Wohnung zumindest im selben Stadtteil oder im selben Ort wie die alte Wohnung liegt (Mollenkopf und Flaschenträger 2001). Menschen hängen weniger an der Wohnung als an den lokalen sozialen Beziehungen: Das „Attachment to people“ ist stärker als das „attachment to place“ (Hillcoat-Nallétamby und Ogg 2014: 1788). Dies verschiebt den Fokus von der Wohnungsanpassung und dem „möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit“ hin zur Schaffung von Gelegenheiten und Möglichkeiten, innerhalb des gewohnten Ortes in eine andere Wohnform umzuziehen. Im „Masterplan altengerechte Quartiere“ des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) ist in diesem Sinne als Ziel formuliert, ein differenziertes Angebot an Wohn- und Pflegeformen zu schaffen, „dass die von den meisten Menschen gewünschten Alternativen zu klassischen Pflegeheimen in ausreichender Zahl umfasst und eine echte Wahlmöglichkeit für diejenigen sichert, die ihre Wohnung doch verlassen möchten“ (MGEPA 2013: 25). Es sollten von Seiten der Politik mehr Anstrengungen unternommen werden, die Vielfalt der Wohnformen im Alter zu entwickeln. Kommunen können hier wirken, indem sie Spielräume bei Baugenehmigungen und Investitionsförderungen nutzen. Außerdem müssen die verschiedenen Wohnformen sichtbarer und die Zugänge dazu einfacher gemacht werden. Generell sollte Wohnmobilität im Alter stärker unterstützt und gefördert werden.

8.3 Wohnbezogene Risiken des Älterwerdens

Mit dem Älterwerden gehen Veränderungen einher, die sich auch auf die Anforderungen und Ansprüche an die Wohnqualität und die Bedingungen des Wohnens auswirken. Einige dieser Veränderungen haben damit zu tun, dass mit steigendem Lebensalter die Verletzlichkeit zunimmt. Zunehmende gesundheitliche Einbußen sind zum Beispiel Ursache für das Risiko, weniger mobil zu sein oder in einer Wohnung mit vielen Barrieren zu leben. In diesem Abschnitt wird herausgearbeitet, welche speziellen Risiken und Herausforderungen des Wohnens mit dem Älterwerden auftreten können. Viele Gegebenheiten der Wohnung oder des Wohnumfeldes stellen für junge Menschen oder für Menschen im mittleren Alter kein Problem dar, führen aber mit zunehmendem Alter zu Einschränkungen. Zu den Risikofaktoren, die das selbstbestimmte Wohnen in den eigenen vier Wänden einschränken können, zählen die Kosten des Wohnens, eine die Bewegungsfreiheit behindernde Wohnungsausstattung, Einschränkungen der Mobilität, Veränderungen der personellen sozialen Netzwerke sowie sozialräumliche Veränderungen des Wohnortes. Diese Risiken können sich zum Teil gegenseitig verstärken, etwa Einschränkungen in der Mobilität und eine Verkleinerung des sozialen Netzwerks.

8.3.1 Die Kosten des Wohnens

Die Frage, ob ältere Menschen das Wohnen in einer für ihre Bedürfnisse angemessenen Wohnung bezahlen können, wird in Zukunft eines der wichtigsten Themen der Wohnpolitik sein. Dabei ist entscheidend, wie sich zum einen die Einkünfte im Alter und zum anderen die Wohnkosten entwickeln. Sowohl bei den Alterseinkünften als auch bei den Wohnkosten gibt es in Hinblick auf die Bezahlbarkeit des Wohnens im Alter problematische Entwicklungen. Weil in Zukunft mehr Menschen mit unterbrochenen Erwerbsbiografien in das Ruhestandsalter eintreten werden, werden zukünftig auch mehr alte Menschen als heute im Alter mit sehr niedrigen Einkommen haushalten müssen (vgl. Abschnitt 4.2 in diesem Bericht). Zugleich steigen derzeit in einigen Regionen, Kommunen und Wohngebieten die Wohnkosten (d. h. die Mieten, die Kosten für den Unterhalt von Wohneigentum sowie die Wohnnebenkosten) deutlich an. Menschen, bei denen ein geringes Alterseinkommen und ansteigende Wohnkosten zusammentreffen, müssen im Alter schon aus finanziellen Gründen ihre Wohnsituation verändern.

Bei den Mietkosten zeigt sich deutlich, dass es wenig informativ ist, nur auf den Durchschnittswert in einer Altersgruppe zu schauen. Durchschnittlich zahlen 65- bis 85-jährige Mieter knapp 600 Euro Kaltmiete plus Nebenkosten im Monat. Dies entspricht einem Drittel des durchschnittlichen monatlichen Haushaltsnettoeinkommens. Es gibt dabei jedoch große Unterschiede der Mietbelastung nach dem Einkommen: Während 65- bis 85-jährige Mieter mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von unter 1.000 Euro fast die Hälfte (46 %) dieses Einkommens für Miete und Nebenkosten bereithalten müssen, schlagen die monatlichen Wohnkosten bei den Gleichaltrigen mit einem Haushaltseinkommen von mehr als 4.000 Euro monatlich mit einem Anteil von nur 22 Prozent zu Buche (Generali Zukunftsfonds 2012: 85ff.). Bei gleichbleibenden Alterseinkommen trifft ein Anstieg der Wohnkosten die unteren Einkommensgruppen deshalb auch deutlich stärker.

Zudem müssen auch die regionalen Unterschiede bei den Wohnkosten berücksichtigt werden. Schon bei einer recht groben regionalen Unterscheidung machen sich diese Unterschiede bemerkbar: Während im Osten die durchschnittlichen Wohnkosten im Alter bei 505 Euro liegen, sind es im Norden 549 Euro und im Süden sogar 637 Euro (TNS Emnid 2011: 20). Der Anteil der Monatsmiete am Haushaltseinkommen ist in den westlichen Bundesländern höher als in den ostdeutschen Bundesländern. In großen Städten sind die Wohnkosten in der Regel höher als in kleineren Kommunen. Spitzenreiter bei den Mieten sind schon seit einigen Jahren München, Stuttgart, Frankfurt, Köln, Hamburg sowie die jeweils umliegenden Kreise, aber auch die Regionen Münster, Freiburg und die Kreise am Nordufer des Bodensees. In den letzten Jahren haben Dresden, Potsdam und Berlin zur Spitzengruppe aufgeschlossen. Die Metropolregionen München, Hamburg, Stuttgart, Berlin und Frankfurt weisen auch die höchsten Immobilienpreise auf (Bencek und Klodt 2014).

Besonders relevant bei der Entwicklung des Wohnungsmarkts sind künftig die steigenden Mietpreise in schnell wachsenden Großstädten. Ausgehend von einem schon hohen Niveau bei den Mietpreisen wiesen München, Hamburg und Stuttgart zwischen 2008 und 2013 auch die höchsten Steigerungsraten bei den Mietpreisen auf.[56] Aber auch in einigen ländlichen Regionen sind die Mieten – ausgehend von einem niedrigen Niveau – in diesem Zeitraum stark angestiegen: Beispiele dafür sind die Landkreise Nordfriesland, Leer, Cloppenburg und Emsland. In anderen ländlichen Regionen, etwa in den Landkreisen Freyung-Grafenau, Spree-Neiße und Prignitz, sind die Mieten in diesem Zeitraum hingegen gesunken. Um ein differenziertes Bild bei der Beurteilung der Mietpreisentwicklung zu erhalten, müssen Ausgangsniveau und Steigerungsraten unterschieden werden. Zudem zeigt sich bei genauerem Hinschauen, dass es vor allem die warmen Nebenkosten sind, die die Wohnkosten in den vergangenen Jahren insgesamt in die Höhe getrieben haben – hier macht sich die Verteuerung von Energie bemerkbar (Bencek und Klodt 2014).

Nicht nur für Mieter und Mieterinnen insbesondere aus den unteren Einkommensgruppen kann ein Anstieg der Mietpreise problematisch sein, auch Wohneigentümer und -eigentümerinnen mit niedrigem Einkommen sind betroffen. Bei einem Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 1.300 Euro monatlich ist etwa der Unterhalt eines Einfamilienhauses (dies ist die häufigste Form des Wohneigentums) nur eingeschränkt möglich. Größere Instandhaltungsmaßnahmen, Modernisierungen zur Energieeffizienz oder der Abbau von Barrieren sind damit kaum zu finanzieren (Pestel-Institut 2013).

Zudem wird beim Wohneigentum das Prinzip „Immobilie als Altersvorsorge“ aufgrund der Abnahme der Bevölkerungszahl in vielen ländlichen Regionen zunehmend infrage gestellt. Wenn das Wohneigentum aus Altersgründen nicht mehr passend ist, gibt es prinzipiell zwei Optionen: (1) Verkauf oder Vermietung und Umzug oder (2) Umbau. Der Rückgang der Bevölkerungszahl in ländlichen Regionen ist Ursache und Folge sinkender Attraktivität dieser Regionen als Wohnorte. In solchen Regionen besteht folglich kaum Nachfrage nach Bestandswohneigentum, sodass die Immobilienpreise stagnieren oder bisweilen sogar sinken. Ein Verkauf oder eine Weitervermietung von Immobilien ist unter solchen Bedingungen kaum wirtschaftlich zu realisieren. Die Option, die Immobilie altengerecht umzubauen, ist mit Kosten verbunden. In gewisser Weise sind deshalb in strukturschwachen, peripheren Regionen mit abnehmender Bevölkerungszahl viele einkommensschwache Eigentümerhaushalte in ihrem unsanierten und barrierebehafteten Wohneigentum „gefangen“ (Pestel-Institut 2013: 25).

Die finanzielle Absicherung der Wohnung im Alter ist eine von der Wohnpolitik bislang noch wenig beachtete Größe. In der Vergangenheit durchliefen viele private Haushalte eine Wohnkarriere, bei der typischerweise etwa bis zur Mitte des fünften Lebensjahrzehnts eine zur Lebensform, zur Haushaltsgröße, zu den Präferenzen und zum Einkommen passende Wohnung bezogen wurde. Diese Wohnung wurde dann auch im Alter beibehalten. Die

[56] Die Situation auf dem Mietwohnungsmarkt in prosperierenden Ballungszentren war der Anlass dafür, dass im Frühjahr 2015 die sogenannte Mietpreisbremse eingeführt wurde (Gesetz zur Dämpfung des Mietanstiegs auf angespannten Wohnungsmärkten und zur Stärkung des Bestellerprinzips bei der Wohnungsvermittlung (Mietrechtsnovellierungsgesetz, MietNovG)).

Kohorten, die bis jetzt das Ruhestandsalter erreicht haben, sind im Alter durchschnittlich betrachtet finanziell relativ gut abgesichert – im Alter aus finanziellen Gründen umziehen zu müssen, war bisher kaum ein Thema. Bei diesen Kohorten fanden und finden Umzüge in der Regel erst bei zunehmendem Pflege- und Unterstützungsbedarf statt. Weil in manchen Städten und Regionen die Wohnkosten im Durchschnitt steigen und zugleich die Alterseinkünfte vieler zukünftig alter Menschen relativ gering sein werden, werden sich diese Verhältnisse jedoch vermutlich ändern: „Diese Wohnkarriere wird sich für viele Menschen nicht mehr realisieren lassen. Sinkende Alterseinkommen und steigende Wohnkosten werden zu einer steigenden Umzugshäufigkeit bei älteren Menschen führen“ (Pestel Institut 2013: 24). In Zukunft werden mehr ältere Menschen als bislang dazu gezwungen sein, in kleinere Wohnungen umzuziehen, um ihre Wohnkosten zu reduzieren – dies setzt allerdings voraus, dass preisgünstiger Wohnraum zur Verfügung steht (vgl. Abschnitt 8.4.1 in diesem Bericht). Also wird die Wohnmobilität voraussichtlich auch aus finanziellen Gründen zunehmen.

8.3.2 Unangemessene Wohnungsausstattung

Mit dem Älterwerden verändern sich der Bewegungsapparat (etwa die Knochendichte, die Beweglichkeit der Gelenke, die Muskelkraft und die Muskel-Fett-Verteilung) und das Herz-Kreislauf-System (z. B. die maximale Herzfrequenz und die Sauerstoffaufnahme sowie der Blutdruck). Insgesamt nehmen die funktionellen Kapazitäten und damit die Mobilität ab (Voelcker-Rehage u. a. 2006). Diese Veränderungen können sich bei verschiedenen Menschen zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten im Lebensverlauf bemerkbar machen, sie können unterschiedlich schnell verlaufen und unterschiedlich stark sein – völlig verschont wird davon jedoch niemand, der oder die ein gewisses Lebensalter erreicht. Diese Abnahme der funktionellen Kapazitäten bedeutet, dass sich Wohnungsausstattung und Wohnungseinrichtung als zunehmend inadäquat erweisen können. Eine altengerechte Gestaltung der Wohnung gewinnt deshalb mit steigendem Alter an Bedeutung.

Typische Barrieren

Über die Hälfte der Gebäude, die von älteren Menschen bewohnt werden, ist älteren Datums (zumeist zwischen 1950 und 1980 gebaut). So wurden etwa ein Großteil der Immobilien älterer Haus- und Wohnungseigentümer (von allen 65- bis 80-Jährigen sind das immerhin knapp die Hälfte) Mitte des 20. Jahrhunderts gebaut. Als eine Folge der damaligen Baustandards sind die meisten dieser Immobilien reich an Barrieren. Mit zunehmendem Alter bereitet dies Probleme, die unter Umständen mit eigenen (finanziellen) Ressourcen nicht umgangen oder beseitigt werden können (IFB 2014: 18f.).

Die schwerwiegendsten Barrieren gibt es beim Zugang zur Wohnung sowie bei der Nutzung der sanitären Anlagen (BMVBS 2011: 34ff.). Bei den Haus- und Wohnungseigentümern verfügt zum Beispiel nur ein geringer Teil über einen ebenerdigen Zugang zur Wohnung beziehungsweise zum Haus (IFB 2014: 21). Eine Meta-Analyse mehrerer Studien zur Barrierefreiheit (BMVBS 2011) zeigt, dass diese beiden baulichen Hindernisse zu den drei zentralen Arten von Barrieren gehören, die das selbstständige Wohnen bei gesundheitlichen und körperlichen Einschränkungen beeinträchtigen:

- Treppenstufen beim Hauszugang und Treppenstufen bis zur Wohnung;
- Treppenstufen und Schwellen innerhalb von Wohnungen;
- zu schmale Türen zu den Sanitärräumen sowie eine zu kleine Bewegungsfläche in den Sanitärräumen.

Die Türbreite zu den und die Größe der Bewegungsfläche in den Sanitärräumen sind wichtige Parameter, wenn in der Wohnung Mobilitätshilfsmittel wie Rollatoren oder Rollstühle benutzt werden. Auch der Rand der Badewanne oder eine Schwelle zur Dusche können zu beträchtlichen Hindernissen und Gefahren werden, wenn die Beweglichkeit nachlässt und die Sturzgefahr steigt.

Der Bestand und der Bedarf an altengerechten Wohnungen

Die Anzahl der bestehenden und der Bedarf an weiteren altengerechten Wohnungen lassen sich nur mit großen Schwierigkeiten ermitteln. Beides hängt davon ab, wie „altengerecht“ definiert wird, ob etwa nur Wohnungen als altengerecht gelten, die mit einem bodenebenen Duschzugang ausgestattet sind. Entsprechende Berechnungen geben aber zumindest Anhaltspunkte über die Größenordnung des Bestands und des Bedarfs (für einen Überblick über die Befunde mehrerer Studien zur Anzahl altengerechter Wohnungen vgl. Prognos 2014). In einer Befragung

aus dem Jahr 2009 zeigte sich, dass etwa 5,2 Prozent aller 11 Mio. Seniorenhaushalte (Haushalte, in denen mindestens eine Person lebt, die mindestens 65 Jahre alt ist) barrierearm oder barrierefrei und damit altengerecht sind. Dies entspricht 570.000 Wohnungen (BMVBS 2011: 42). Diese Zahlen ergeben sich, wenn eine bodengleiche Dusche als Kriterium für „altengerecht“ verwendet wird. Ohne das Kriterium „bodengleiche Dusche“ ergibt sich eine Zahl von 1.340.000 altengerechten Seniorenhaushalten (12,2 % aller Seniorenhaushalte). Von allen Seniorenhaushalten mit einem pflegebedürftigen Haushaltsmitglied sind lediglich 7,7 Prozent barrierearm oder barrierefrei (mit bodenebenem Zugang zur Dusche) (BBSR 2014a: 34). Die Prognos-AG hat, ausgehend von den genannten 570.000 altengerechten Wohnungen im Jahr 2009, unter Berücksichtigung der KfW-Förderstatistik, mit Annahmen über den Neubau altengerechter Wohnungen und anderen Annahmen für das Jahr 2013 einen Bestand von 700.100 altengerechten Wohnungen errechnet (Prognos 2014).

Ähnlich schwierig, weil abhängig von zugrunde gelegten Definitionen von „altengerecht“ und verschiedenen anderen Annahmen, ist die Bestimmung des Bedarfs. Berechnungen reichen von einem Bedarf an 2,7 Millionen altengerechten Wohnungen im Jahr 2009 (BMVBS 2011: 53) bis zu 10.143.200 im Jahr 2013 (Prognos 2014). Grundsätzlich lässt sich jedoch sagen, dass einem großen Bedarf nach geeigneten Wohnformen für Ältere derzeit ein viel zu geringes Angebot gegenübersteht.

Hürden beim Umbau der Wohnung

Grundsätzlich besteht die Option, eine Immobilie mit vielen Barrieren umzubauen und so die Barrieren zu minimieren. Wer im selbstgenutzten Wohneigentum wohnt, kann eine Umgestaltung des Wohneigentums hin zu mehr Barrierefreiheit eher finanzieren als Mieter und Mieterinnen: Von den älteren Wohnungseigentümerinnen und -eigentümern können sich 10 Prozent, von den älteren Mieterinnen und Mietern hingegen 20 Prozent keine Anpassungsmaßnahmen leisten. Besonders Mieterinnen und Mieter im sehr hohen Alter sind dazu mit knapp 67 Prozent nicht in der Lage – dies ist möglicherweise ein Ausdruck dessen, dass es in dieser Gruppe einen hohen Anteil von Frauen gibt und dass gerade Frauen aufgrund ihrer oft geringen Alterseinkünfte nur über eingeschränkte materielle Ressourcen verfügen (BMVBS 2011: 58). Ein grundlegendes Problem besteht also in den Kosten, die es erfordert, um bauliche Barrierefreiheit zu schaffen – insbesondere, wenn die Vorgaben der Musterbauordnung entsprechend der DIN 18040 Teil 2 zur Barrierefreiheit (bei Neubau, aber auch zur Orientierung bei Anpassungen im Bestand) erfüllt werden sollen. Die Musterbauordnung räumt deshalb einen Spielraum ein: Die Vorgaben zur Schaffung von Barrierefreiheit gelten nicht, „soweit die Anforderungen wegen schwieriger Geländeverhältnisse, wegen des Einbaus eines sonst nicht erforderlichen Aufzugs, wegen ungünstiger vorhandener Bebauung oder im Hinblick auf die Sicherheit der Menschen mit Behinderung oder alten Menschen nur mit einem unverhältnismäßigen Mehraufwand erfüllt werden können“ (Metlitzky und Engelhardt 2012: 94). Was in Bezug auf den Umbauaufwand als „unverhältnismäßig“ anzusehen ist, ist in der Musterbauordnung und auch in ihrer Begründung nicht geregelt. Die Bundesländer legen diese Formulierung in ihren Länderbauordnungen sehr unterschiedlich aus, wodurch sich länderspezifisch unterschiedliche Regelungen zur Umsetzung von Barrierefreiheit ergeben:

- In zehn von 16 Ländern wird die Formulierung aus der Musterbauordnung übernommen.
- In Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz ist die Formulierung „unverhältnismäßiger Mehraufwand“ konkretisiert: Dort gilt, dass die Vorgaben zur Schaffung von Barrierefreiheit dann nicht gelten, wenn die anfallenden Kosten für die Herstellung von Barrierefreiheit 20 Prozent der Gesamtbaukosten überschreiten.
- In Hessen liegt diese Schwelle bei 50 Prozent, wobei die Verhältnismäßigkeit der Kosten für die Herstellung der Barrierefreiheit auch am Nutzen der Herstellung von Barrierefreiheit bemessen wird.
- In Sachsen wird in Einzelfallbetrachtungen über die Verhältnismäßigkeit der Kosten für die Herstellung der Barrierefreiheit entschieden. Dabei wird auch berücksichtigt, ob der betroffene Personenkreis auf alternative Gebäude ausweichen kann und ob der Neubau wirklich notwendig ist (Metlitzky und Engelhardt 2012).

Die Landesbauordnungen unterscheiden sich auch in den Vorgaben, bis zu welchem Grad und in welcher Form Barrierefreiheit in öffentlichen Gebäuden und in Wohnungen zu schaffen ist. Beispielsweise haben die Genehmigungsbehörden prinzipiell die Möglichkeit, entsprechend des Entwicklungsstandes neuer technischer Standards mehr als die Erfüllung der Mindestregeln zur Schaffung von Barrierefreiheit zu fordern. Die meisten Behörden machen von dieser Möglichkeit jedoch keinen Gebrauch, sondern prüfen und fordern nur, was laut Muster- beziehungsweise Landesbauordnung vorgegeben ist. So wird etwa die Regelung der Musterbauordnung, dass in

Wohngebäuden mit mehr als zwei Wohnungen die Wohnungen in mindestens einem Geschoss barrierefrei zugänglich sein müssen, zumeist unmodifiziert übernommen. Dies hat zur Folge, dass sich die Forderung nach Barrierefreiheit tatsächlich nur auf den Zugang zur Wohnung bezieht und nicht auch auf die Umgebung des Gebäudes (Stellplätze, Wege zum Hauseingang, Abstellräume und Ähnliches) (Metlitzky und Engelhardt 2012). An diesen landesrechtlichen Vorgaben hängen auch die individuellen Möglichkeiten, Barrierefreiheit im Bestand durchzusetzen und zu finanzieren. Weitere rechtliche Rahmenbedingungen betreffen das Mietrecht, das Förderrecht sowie die Regelungen im Wohneigentumsgesetz. Das Mietrecht beispielsweise bietet sowohl Vermietern als auch Mietern einen Handlungsspielraum zur Durchsetzung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen, wobei die Kosten von derjenigen Seite getragen werden müssen, die die Barrierefreiheit wünscht. Sollte der Vermieter die vom Mieter geschaffenen und bezahlten Veränderungen in der Wohnung beibehalten wollen, so verpflichtet ihn das nach Auszug des Mieters zu einer Ausgleichszahlung für die entstandenen Kosten (BMVBS 2011: 69).

Hinzu kommt die zwischen den Ländern ungleich ausgebaute Wohnberatung. Die Beratungslandschaft ist vielfältig: Es gibt eigenständige Wohnberatungsstellen mit professioneller Beratung, Teil- oder Nebenberatungsstellen (bei denen die Wohnberatung neben anderen Beratungsleistungen erbracht wird) und Beratungsstellen, bei denen die Beratung von freiwillig Engagierten erbracht wird. Diese Grundformen der Wohnberatung werden von den Ländern auf unterschiedliche Weise und unterschiedlich gut finanziert. Die Verfügbarkeit und Qualität der Beratungsleistungen fällt somit regional sehr unterschiedlich aus (BMVBS 2011). Insgesamt sind der Wissenstand und die Kenntnisse, die Akteure des Wohnungsbaus (etwa Architekten, Handwerker, Banken) und Endverbraucher über das barrierereduzierte Bauen haben, eher lückenhaft. Es fehlen ein Bewusstsein für die Bedeutung des barrierereduzierten Wohnens für eine selbstständige Lebensführung im Alter, Kenntnisse über die Möglichkeiten der Wohnungsanpassung sowie Wissen über die anfallenden Kosten und mögliche Finanzierungswege (BMVBS 2011).

8.3.3 Einschränkungen der Mobilität

Mobilität ist mehr als nur die physische Bewegung von einem Ort A zu einem Ort B. Selbst mobil und für andere erreichbar zu sein sind vielmehr Grundvoraussetzungen für soziale Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben. Mobilität trägt daher wesentlich zur Lebenszufriedenheit und zum Wohlbefinden bei; anders herum werden Einschränkungen der Mobilität als ein Verlust erlebt, der die Lebenszufriedenheit deutlich verringert (Hieber u. a. 2006).

Soziale Beziehungen auf der einen Seite und Mobilität auf der anderen Seite hängen in mehrfacher Hinsicht zusammen. Erstens setzen gelebte soziale Beziehungen und sozialer Austausch voraus, dass man mobil und erreichbar ist. Wer weniger mobil und weniger gut erreichbar ist, hat weniger Gelegenheiten zum sozialen Austausch. Zweitens fördern soziale Beziehungen die Mobilität, indem sich durch Verabredungen, gemeinsame Aktivitäten und Besuche Anlässe ergeben, die Wohnung zu verlassen. Und wenn die individuelle Mobilität einer Person aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt ist, können drittens Angehörige, Freunde oder Bekannte die Person mitnehmen oder beim Verlassen der Wohnung begleiten und unterstützen; auf diese Weise können die Einschränkungen zum Teil kompensiert werden.

Zunehmende Mobilität im sozialen Wandel

Zunächst ist festzustellen, dass im Zuge des sozialen Wandels in fast allen Altersgruppen die Mobilität zunimmt – auch und insbesondere unter älteren Menschen: Im Jahr 2002 waren 79 Prozent der 65- bis 74-Jährigen mobil und legten dabei durchschnittlich 2,8 Wege am Tag zurück; bis zum Jahr 2008 hat sich der Anteil der mobilen Menschen in dieser Altersgruppe auf 86 Prozent und die Zahl der durchschnittlich zurückgelegten Wege pro Tag auf 3,2 erhöht (Infas und DLR 2010). Ähnliche Steigerungen der Mobilität sind in diesem Zeitraum bei der Gruppe der 75-Jährigen und Älteren festzustellen. Querschnittserhebungen seit 1976 zeigen, dass in allen Altersgruppen sowohl die Anzahl der Wege pro Tag wie auch die zurückgelegten Distanzen pro Tag in allen Altersgruppen zugenommen haben. Ausgehend von einem relativ niedrigen Niveau ist dieser Anstieg bei der Wegeanzahl und beim Wegeaufwand in den höheren Altersgruppen am stärksten (Beckmann 2013).

Im Vergleich zu früheren Kohorten älterer Menschen sind mehr ältere Menschen individuell-motorisiert. Die Daten aus mehreren Querschnittserhebungen seit 1976 zeigen, dass der Anteil der älteren Menschen mit Führerschein stetig angestiegen ist. Unter den 86- bis 90-Jährigen betrug der Anteil der Personen mit Führerschein im Jahr 1976 lediglich etwa fünf Prozent, 2008 waren es etwa 60 Prozent (Beckmann 2013: 55). Hierbei handelt es sich um

einen Kohorteneffekt: Da aktuell die jüngeren Altersgruppen zu fast 95 Prozent einen Führerschein besitzen und die Menschen den Führerschein in der Regel bis ins höhere Lebensalter behalten, wird davon ausgegangen, dass die Verbreitung eines Führerscheins auch in den hohen Altersgruppen weiter zunimmt. In ländlichen Gebieten besitzt ein größerer Anteil der erwachsenen Bevölkerung einen Führerschein als in städtischen Gebieten – dies gilt auch in den höheren Altersgruppen. Auch die Verfügbarkeit eines PKWs ist seit 1976 in den höheren Altersgruppen stark angestiegen, und auch hier hat man es mit einem Kohorteneffekt zu tun.

Sozial und geografisch differenzierte Mobilität

Menschen sind je nach sozialem Status unterschiedlich mobil. Die Möglichkeit zur Mobilität und das Mobilitätsverhalten sind somit auch Dimensionen sozialer Ungleichheit. Je höher das Bildungsniveau und das Einkommen sind, desto höher sind durchschnittlich auch das außerhäusliche Aktivitätsniveau, die Vielfalt der Freizeitaktivitäten und damit die Mobilität. Je niedriger der soziale Status und je größer die soziale Benachteiligung, desto geringer auch die Wegehäufigkeit. Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Mobilität hat auch damit zu tun, dass die Mobilität von Menschen mit einem niedrigen Einkommen durch fehlende finanzielle Mittel für ein eigenes Auto und dessen Unterhalt aber auch für die Nutzung des ÖPNV eingeschränkt ist. Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Mobilität gilt sowohl für städtische als auch für ländliche Räume sowie für alle Verkehrsmittel. So besitzen von den Personen aus einem Haushalt mit niedrigem oder sehr niedrigem sozialen Status 73 Prozent einen Führerschein – von den Personen aus Haushalten mit einem sehr hohen sozialen Status hingegen 97 Prozent (Infas und DLR 2010). Dieser Zusammenhang zwischen sozialem Status und Mobilität gilt auch für Menschen im höheren Lebensalter: Die Hälfte des Freizeitverkehrs, der durch ältere Menschen erzeugt wird, wird von nur 12 Prozent der älteren Menschen erzeugt (Scheiner 2013). Ferner sind gerade ältere Menschen mit einem niedrigen sozialen Status im Vergleich zu Menschen mit einem höheren sozialen Status auch deswegen weniger mobil, weil sie durchschnittlich früher im Lebensverlauf von gesundheitlichen Einbußen betroffen sind (zur Kumulation von Benachteiligungen vgl. Abschnitt 4.6 in diesem Bericht).

Des Weiteren sind Frauen generell weniger mobil als Männer. Frauen legen weniger Wege und kürzere Strecken zurück als Männer. Außerdem haben Frauen noch immer seltener einen Führerschein als Männer (Beckmann 2013; Infas und DLR 2010). Bei der Verfügbarkeit und der Nutzung eines PKWs machen sich die Geschlechterdifferenzen besonders bemerkbar. Vor allem unter den Älteren ist der Anteil der Männer, die einen Führerschein haben und denen ein PKW zur Verfügung steht, noch deutlich höher als der Anteil der gleichaltrigen Frauen (Kirsch 2015). Allerdings handelt es sich hierbei um einen Kohorteneffekt – der in den höheren Altersgruppen derzeit sehr große Unterschied zwischen Männern und Frauen beim Führerscheinbesitz wird künftig kleiner werden. Über alle Lebensphasen hinweg unterscheiden sich die Wegezwecke von Frauen und Männern: Frauen legen durchschnittlich mehr Wege für Einkäufe, Erledigungen und Begleitungen zusätzlich zum Weg zur Erwerbsarbeit zurück, während Männer mehr Wege im Zusammenhang mit der Erwerbsarbeit bewältigen. Differenziert man nach Altersgruppen, dann zeigt sich, dass diese geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Wegezwecken mit zunehmendem Alter geringer werden, zumal Wege im Zusammenhang mit der Erwerbsarbeit wegfallen. Im Hinblick auf die Wegezwecke kann also die „Age-as-a-leveler-These“ gelten (vgl. Abschnitt 4.3 in diesem Bericht).

Im Hinblick auf das Mobilitätsverhalten finden sich auch wesentliche Unterschiede zwischen Menschen in dichtbesiedelten urbanen Regionen und Menschen in peripheren ländlichen Regionen. In ländlichen Regionen ist das typische Mobilitätsmuster aus einem Hinweg, der Zielaktivität und dem Rückweg zusammengesetzt. Menschen, die in dichter besiedelten Gebieten leben, hängen hingegen häufiger mehrere Wege und Aktivitäten aneinander, man spricht hier von „Wegeketten“: Es wird ein Weg zur einer Aktivität oder Erledigung zurückgelegt, von da aus ein weiterer Weg zu einer nächsten Aktivität oder Erledigung, und so weiter (Mollenkopf 2002). Was die Alltagsmobilität älterer Menschen betrifft, bestehen entscheidende räumliche Unterschiede jedoch oft gar nicht nur zwischen Regionen, sondern auch kleinräumiger zwischen unterschiedlich gut ausgestatteten Gemeinden innerhalb einer Region oder sogar zwischen Wohngegenden innerhalb einer Gemeinde: „Für viele ältere Menschen – gerade für Mobilitätseingeschränkte – ist es eben ein großer Unterschied, ob der Arzt oder das Lebensmittelgeschäft 400 m oder 800 m von der Wohnung entfernt sind“ (Schlag 2013: 110).

Auch die Verkehrsmittelwahl ist in ländlichen Gebieten anders als in (groß-)städtischen Gebieten: In Kleinstädten oder in ländlichen Gebieten nutzen die Menschen deutlich mehr das Auto und deutlich weniger den ÖPNV als in städtischen Räumen (Infas und DLR 2010), dies ist sicherlich auch auf die unterschiedliche Verfügbarkeit des ÖPNV zurückzuführen. In vielen ländlichen Räumen stellt der private PKW „die einzige Möglichkeit dar, Dienstleistungen der Daseinsvorsorge in akzeptabler Zeit zu erreichen“ (Kirchesch 2013: 15). Einen PKW nutzen zu

können, stellt in vielen ländlichen Gebieten also eine zentrale Voraussetzung für die Teilhabe am öffentlichen Leben dar. Hinsichtlich der Unterhaltung des klassischen ÖPNVs in ländlichen Gebieten befinden sich die Kommunen in einer Zwickmühle: Einerseits gibt es einen Trend zur Zentralisierung von Angeboten und Einrichtungen. Die Entfernungen, die die Menschen zurücklegen müssen, um die Angebote und Einrichtungen zu erreichen, werden damit immer größer, dies erfordert eigentlich einen Ausbau des ÖPNV: „Weil sich andere Funktionen der Daseinsvorsorge aus der Fläche zurückziehen, muss der ÖPNV mehr leisten“ (Kirchesch 2013: 15). Andererseits kann in diesen Gebieten der ÖPNV nicht kostendeckend arbeiten, weil bei der geringen Bevölkerungsdichte die Nutzung der ÖPNV-Angebote gering ist.

Wandel und Abnahme der Mobilität mit zunehmendem Alter

Im Lebensverlauf verändert sich die Mobilität der Menschen, sowohl in ihrem Ausmaß als auch in ihrer Art. In der Regel ist ein Mensch je nach Lebensphase häufiger oder seltener unterwegs, legt längere oder kürzere Wege zurück, hat unterschiedliche Anlässe für seine Wege und verwendet mal das eine, mal das andere Verkehrsmittel am häufigsten. In der Mobilitätsforschung werden seit einigen Jahren zunehmend Mobilitätsbiografien in den Blick genommen, um Veränderungen im Mobilitätsverhalten im individuellen Lebensverlauf zu untersuchen. Dabei sollen insbesondere typische Schlüsselereignisse und Prozesse untersucht werden, die Veränderungen im individuellen Mobilitätsverhalten auslösen (Kirsch 2015).

Ab dem fünften Lebensjahrzehnt sinken mit zunehmendem Lebensalter die durchschnittliche Wegeanzahl und der durchschnittliche Wegeaufwand pro Tag (Beckmann 2013). Ältere Menschen sind also tendenziell seltener unterwegs und legen auch geringere Distanzen zurück als jüngere Menschen. Dabei macht sich der Übergang in den Ruhestand zunächst nur wenig bemerkbar, erst etwa ab der Mitte des achten Lebensjahrzehnts legen die Älteren durchschnittlich deutlich weniger und deutlich kürzere Wege zurück als jüngere Menschen.

Über den Lebensverlauf verändert sich auch die Zusammensetzung der Wegezwecke: Im Gegensatz zu den mittleren Altersgruppen spielen in den höheren Altersgruppen (ab der Mitte des siebten Lebensjahrzehnts) die Wege für Arbeit kaum noch eine Rolle, dafür unternehmen die Älteren deutlich mehr Wege für Freizeit, Einkauf und für private Erledigungen als die Jüngeren. Dies ist auch der Grund, warum der Übergang in den Ruhestand nicht mit einem abrupten Abfall der Wegeanzahl und der zurückgelegten Distanzen einhergeht.

Große Unterschiede zwischen den Altersgruppen gibt es auch beim Portfolio der benutzten Verkehrsmittel: Je älter eine Person ist, desto eher geht sie zu Fuß, desto weniger fährt sie selbst mit dem Auto und desto mehr nutzt sie den ÖPNV. In der Altersgruppe der über 75-Jährigen werden 56 Prozent der Wege zu Fuß, mit dem Fahrrad oder mit dem ÖPNV zurückgelegt – in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen machen diese nicht-motorisierten Verkehrsmittel lediglich 32 Prozent der Wege aus. Der vergleichsweise hohe Anteil an Wegen, den ältere Menschen zu Fuß, per Fahrrad oder mit dem ÖPNV zurücklegen, deutet darauf hin, dass sich ältere Menschen mehr als die Jüngeren in ihrem im Wohnumfeld bewegen. Dementsprechend ist die durchschnittliche Zahl der pro Person zurückgelegten Kilometer am Tag in den höheren Altersgruppen auch deutlich niedriger als in den jüngeren Altersgruppen: Die über 74-Jährigen legen „nur 40 Prozent der Personenkilometer zurück, die auf sie entfallen würden, wenn alle Altersgruppen in gleicher Weise mobil wären“ (Infas und DLR 2010: 77).

Der eigene PKW und die Möglichkeit, ihn zu nutzen, stellen einen wichtigen Faktor für die Lebenszufriedenheit im Alter dar. Menschen, die einen eigenen PKW genutzt haben und dies aus gesundheitlichen Gründen aufgeben, empfinden diesen Schritt in der Regel als einen starken Einschnitt. Dies gilt insbesondere für Menschen in ländlichen Gebieten (Limbourg 2015).

Es gibt verschiedene Gründe dafür, dass die Mobilität mit dem individuellen Älterwerden abnimmt:

a) Veränderung der Mobilität aufgrund körperlicher, sensorischer oder kognitiver Einschränkungen

Die deutliche durchschnittliche Abnahme der Mobilität ab der Mitte des achten Lebensjahrzehnts geht vor allem auf eine nachlassende sensorische, kognitive und motorische Leistungsfähigkeit zurück (Schlag 2013). In einer Studie, bei der die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Abstand von jeweils fünf Jahren drei Mal befragt wurden (im Jahr 1995, im Jahr 2000 und im Jahr 2005), berichteten beim dritten Befragungszeitpunkt ein Drittel der befragten Personen von Verschlechterungen der Mobilität (Hieber u. a. 2006). Auch hier zeigte sich, dass der Rückgang der Mobilität ab der Mitte des achten Lebensjahrzehnts besonders stark ausfällt und dass diese Entwicklung vor allem auf gesundheitliche Beeinträchtigungen zurückgeht. Typische mobilitätsrelevante Veränderungen, die mit dem Älterwerden einhergehen, sind:

- ein nachlassendes Seh- und Hörvermögen,
- eine verringerte Fähigkeit zu Mehrfachtätigkeit und zu selektiver und geteilter Aufmerksamkeit,
- ein sinkendes Leistungstempo,
- eine verringerte körperliche Beweglichkeit und Belastbarkeit.[57]

Die gesundheitlichen Veränderungen können sich langsam entwickeln oder plötzlich eintreten. Schleichende, langsame Veränderungen haben den Vorteil, dass die betroffenen Personen rechtzeitig Strategien entwickeln können, um nachlassende körperliche Voraussetzungen für die Mobilität zu kompensieren. Bei der Erhebung „Mobilität in Deutschland“ (Infas und DLR 2010) gaben 13 Prozent aller Befragten an, eine Gehbehinderung, eine Sehbehinderung oder eine andere gesundheitliche Einschränkung zu haben. Von dieser Gruppe fühlten sich allerdings „nur“ 58 Prozent in ihrer Mobilität eingeschränkt – offensichtlich konnten die anderen 42 Prozent die Einschränkungen zufriedenstellend kompensieren. Häufig setzt eine solche Kompensation allerdings Ressourcen voraus (Geld, Wissen, Beziehungen), die zwischen den sozialen Gruppen unterschiedlich verteilt sind.

b) Veränderung der Anlässe und Gelegenheiten für Mobilität

Das Ausmaß an individueller Mobilität hängt nicht nur vom gesundheitlichen und körperlichen Wohlbefinden ab, sondern auch davon, ob und wie viele Zielorte und Anlässe zur Mobilität es gibt. Mit dem Älterwerden kann die Mobilität auch abnehmen, wenn Zielorte und Anlässe wegfallen.

Zielorte und Anlässe verändern sich für Erwerbstätige zunächst mit dem Übergang in den Ruhestand: Wer aus dem Erwerbsleben ausscheidet, hat keine arbeitsbezogenen Wege mehr. Bei vielen Menschen nehmen stattdessen die Wege für Freizeitaktivitäten, für Einkäufe sowie für das Erreichen von Dienstleistungsangeboten zu, sodass insgesamt mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben die durchschnittliche Anzahl der Wege pro Tag und die durchschnittlich zurückgelegte Distanz pro Tag nur wenig absinken. Hinzu kommt, dass mit dem Älterwerden Mobilität als Selbstzweck zunehmend an Bedeutung gewinnt, etwa in Form von Spaziergängen oder Fahrradtouren (Beckmann 2013).

Auch Veränderungen im sozialen Netzwerk können Auswirkungen auf die Mobilität haben. Tendenziell wird mit dem Älterwerden das soziale Netzwerk kleiner, etwa weil Freunde oder Freundinnen, die ein älterer Mensch regelmäßig besucht hat, sterben oder wegziehen. Im Hinblick auf die Mobilität hat dies zwei Auswirkungen: Erstens fallen, wenn die Freunde und Bekannten weniger werden, Gelegenheiten und Anlässe zur Mobilität weg (Pelizäus-Hoffmeister 2014). Zweitens gibt es bei einem kleineren Netzwerk auch weniger Personen, die einen älteren Menschen mit Einschränkungen beim Verlassen der Wohnung begleiten könnten. Damit steht weniger Unterstützung zur Kompensation von verringerter Bewegungsfähigkeit zur Verfügung.

Andererseits sind ältere Menschen häufig auch in ihrer Mobilität und in ihren Freizeitaktivitäten eingeschränkt, wenn sie einen anderen Menschen pflegen oder intensiv betreuen (etwa den Partner oder die Partnerin oder ein Elternteil). Wenn die gepflegte Person stirbt, sind in diesen Fällen wieder mehr außerhäusliche Aktivitäten und damit mehr Mobilität möglich.

Anlässe oder Gelegenheiten zum Verlassen der Wohnung fallen auch dann weg, wenn Einkaufsmöglichkeiten oder soziale Treffpunkte geschlossen werden (Pelizäus-Hoffmeister 2014).

c) Unangemessene Gestaltung der Umwelt

Ältere Menschen üben ihre Aktivitäten bevorzugt im sozialräumlichen Umfeld des Quartiers, der Siedlung oder der Gemeinde aus, und dann bevorzugt zu Fuß beziehungsweise mit dem Fahrrad oder dem ÖPNV (Beckmann 2013). „Die Füße stellen das zentrale ‚Fortbewegungsmittel‘ älterer Menschen dar“ (Hieber u. a. 2006: 170). Für die Mobilität älterer Menschen ist es deshalb entscheidend, dass der öffentliche Raum möglichst wenig Barrieren und Hürden aufweist. Hohe Kanten, Treppen, eine unübersichtliche Verkehrsführung, kurze Grünphasen an Fußgängerampeln oder zu wenige Sitzgelegenheiten sind Beispiele für eine nicht alternsgerechte Gestaltung des öffentlichen Raumes. Menschen nehmen ihre Umgebung anders wahr, wenn sie mit dem Älterwerden an sich selbst körperliche, kognitive oder sensorische Einschränkungen erleben. Sie schenken dann potenziellen Hindernissen

[57] Eine ausführliche Beschreibung von mobilitätsrelevanten alterstypischen körperlichen und kognitiven Einschränkungen findet sich bei Schlag (2013).

oder Hemmnissen für Mobilität eine größere Aufmerksamkeit als in früheren Lebensphasen (Pelizäus-Hoffmeister 2014).

Auch der ÖPNV sollte möglichst barrierefrei nutzbar sein. Bemängelt werden von den befragten Älteren etwa unangemessene Warte- und Umsteigezeiten, schwer zu bedienende Automaten sowie unbesetzte Service-Schalter (Strobl u. a. 2014: 1121f.).

8.3.4 Die Entwicklung der sozialen Netze und des Unterstützungspotenzials

Menschen unterhalten in der Regel soziale Beziehungen zu anderen Menschen, und aus diesen Beziehungen entstehen soziale Netzwerke. Zum sozialen Netzwerk einer Person können zählen: der Partner oder die Partnerin, Kinder und Enkelkinder, Geschwister, Eltern, andere Verwandte, Freundinnen und Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn sowie Bekannte (Tesch-Römer 2010). Soziale Netzwerke sind für ältere Menschen in vielerlei Hinsicht bedeutsam: Erstens wirken sich die mit Anderen unternommenen Aktivitäten in der Regel positiv auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit einer Person aus (Huxhold u. a. 2012; Rafnsson u. a. 2015; Merz und Huxhold 2010). Wer viele und gute soziale Beziehungen unterhält, hat eine höhere fernere Lebenserwartung als Menschen mit wenigen sozialen Beziehungen – dieser Effekt auf die fernere Lebenserwartung ist sogar ähnlich groß wie der Effekt des Nichtrauchens (Holt-Luntstad u. a. 2010). Zweitens geben sich die Menschen im sozialen Netzwerk häufig gegenseitig Hilfe und Unterstützung. Es hängt wesentlich von der Anzahl und der Qualität der sozialen Beziehungen im sozialen Netzwerk eines alten Menschen ab, wie viel und welche Art der informellen Unterstützung, Hilfe oder Pflege er oder sie im Alter bekommen kann. Die aus dem sozialen Netzwerk resultierende Unterstützung kann dazu beitragen, dass Menschen sich besser an gesundheitliche und altersbedingte Veränderungen anpassen sowie kritische Lebensereignisse besser bewältigen können (Pinquart und Sorensen 2000). So konnte etwa mit einer längsschnittlichen Untersuchung gezeigt werden, dass nach einer Verwitwung zwar das Wohlbefinden der hinterbliebenen Person stark abnimmt, die informelle Unterstützung durch die sozialen Beziehungen jedoch ansteigt – bis das Wohlbefinden der hinterbliebenen Person wieder zunimmt (Klaus und Simonson 2011). Anders herum gilt aber auch: Nur wenn ein Mensch soziale Beziehungen pflegt, hat er auch Gelegenheit, sich um andere zu kümmern (Weiss 1974).

Im Folgenden werden soziale Netzwerke in ihrer Funktion als Ressource für Wohlbefinden und Zufriedenheit sowie verschiedene Formen der informellen Unterstützung und Hilfe betrachtet. Es wird aufgezeigt, wie sich die sozialen Netzwerke von Menschen mit dem Älterwerden verändern und welche Akteure in den sozialen Netzwerken alter Menschen welche Rolle bei der Unterstützung dieser alten Menschen einnehmen.

Schrumpfung der sozialen Netzwerke mit dem Älterwerden

Die verschiedenen sozialen Beziehungen im sozialen Netzwerk einer Person sind unterschiedlich eng – es gibt (auch in der Einschätzung der Menschen selbst) eine Hierarchie der sozialen Beziehungen einer Person, von sehr eng bis weniger eng. Zu den engsten Bezugspersonen werden in der Regel die engsten Familienmitglieder gezählt. Wie sich die sozialen Netzwerke mit dem Älterwerden verändern, muss differenziert betrachtet werden. Die Veränderungen sind zunächst eher gering, insbesondere enge Beziehungen bleiben bis ins hohe Alter bestehen: „Although it may be true that the total number of social relations decreases with age, the number of close social relationships and the amount of emotional support is relatively stable across the life span until very old age“ (Antonucci 2001: 432). Wie in anderen Lebensphasen können in der Altersphase auch neue soziale Beziehungen aufgebaut werden, sodass mit dem Älterwerden die sozialen Netze im Einzelfall sogar größer werden können. Allerdings sind die neuen Beziehungen dann schwächer als die alten, oft langjährigen Beziehungen (Lang 2000; Cornwell u. a. 2014). Im sehr hohen Alter schrumpfen die sozialen Netze dann allerdings doch deutlich, die Qualität der einzelnen Beziehungen wird zugleich bedeutsamer. Dies konnte im Rahmen der Generali-Hochaltrigkeitsstudie (Kruse und Schmitt 2015a; Kruse und Schmitt 2015b) herausgearbeitet werden. Ein Großteil der dabei ausführlich interviewten 85-jährigen und älteren Frauen und Männer (N= 400) zeigen ein Bedürfnis nach emotional erfüllenden Kontakten zu Angehörigen ihrer Generation wie auch nachfolgender Generationen; ganz im Sinne der Theorie der Sozioemotionalen Selektivität (Carstensen und Lang 2007) äußerten sie dabei ein Interesse an engen Kontakten innerhalb eines kleineren sozialen Netzwerkes: Die emotionale Qualität der Kontakte wurde mithin als bedeutsamer erlebt als die Anzahl der Kontaktpartner.

Mehrere typische Lebensereignisse sind für die Entwicklung der sozialen Beziehungen, für die Größe der sozialen Netzwerke und damit für die Unterstützung, die Menschen im Alter erfahren können, bedeutsam:

a) Bei Eltern: Der Auszug der Kinder aus dem gemeinsamen Haushalt. Im Jahr 2008 wurden im Deutschen Alterssurvey Personen zwischen 70 und 85 Jahren zu ihren Kindern befragt. Demnach leben etwa ein Drittel der Kinder im gleichen Ort wie die Eltern, die Hälfte in einer Entfernung von zwei Stunden und etwa ein Fünftel der Kinder lebt mehr als zwei Stunden von den Eltern entfernt (Mahne und Motel-Klingebiel 2010). Im sozialen Wandel werden die Wohnentfernungen zwischen Eltern und Kindern größer: Zwischen 1996 und 2008 ist der Anteil der 40- bis 85-jährigen Eltern, deren Kinder in der Nachbarschaft oder am gleichen Ort wohnen, von 55 Prozent auf 45 Prozent gesunken. Dementsprechend ist der Anteil der 40- bis 85-jährigen Eltern, deren Kinder an einem anderen Ort wohnen, im gleichen Zeitraum von 45 Prozent auf 55 Prozent gestiegen (Mahne und Motel-Klingebiel 2010).

   Die räumliche Distanz bedeutet jedoch keinen Abbruch in der Qualität der familiären Beziehungen; im Gegenteil, die Kontakthäufigkeit und die Kontaktqualität von älteren Menschen zu ihren Kindern bleibt im Vergleich der Kohorten stabil (Mahne und Motel-Klingebiel 2010). Trotz dieses erfreulichen Befundes ist es für die erwachsenen Kinder schwieriger, den alten Eltern bei Bedarf im Alltag auch instrumentelle Hilfe und Unterstützung zu geben, je weiter entfernt sie leben.

b) Bei Erwerbstätigen: Der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand. Bei vielen Menschen fallen durch den Eintritt in den Ruhestand die Beziehungen zu Arbeitskolleginnen oder -kollegen weg. Zudem kann es sein, dass aufgrund eines geringen Renteneinkommens gemeinsame Aktivitäten mit Anderen nicht mehr oder nicht mehr so oft möglich sind. Auch kann sich die Beziehung zum Partner beziehungsweise der Partnerin mit dem Eintritt in den Ruhestand verändern, was jedoch eher selten in eine Trennung oder Scheidung mündet (Nowossadeck und Engstler 2013).

c) Einschränkungen der Mobilität aus gesundheitlichen Gründen. Wenn aus gesundheitlichen Gründen die Mobilität abnimmt, wird es weniger selbstverständlich, sich mit Freundinnen, Freunden, Bekannten oder Verwandten zu treffen und gemeinsam etwas zu unternehmen. Wer gesund ist, ist auch mit den sozialen Kontakten zufrieden: 65- bis 85-Jährige, die ihren Gesundheitszustand als „gut" oder „sehr gut" bewerten, sind deutlich zufriedener mit ihren sozialen Kontakten als 65- bis 85-Jährige, die ihren Gesundheitszustand als „nicht besonders" oder „schlecht" beurteilen (Generali Zukunftsfonds 2012: 169). Allerdings ist das Bild hier uneinheitlich: Gesundheitliche Krisen können sich auch positiv auf die Kontakthäufigkeit innerhalb des Netzwerks auswirken (Antonucci 2001).

d) Umzüge im Alter. Die Wohnmobilität im Alter ist in Deutschland eher gering. Gründe für einen Umzug im Ruhestandsalter können sein: Umzug in eine altersgerechte Wohnung, näher bei den Kindern wohnen oder Umzug aus finanziellen Gründen. Umzüge im sehr hohen Alter sind oft Umzüge von der eigenen Wohnung zu den Kindern oder in eine stationäre Einrichtung. Mit einem Umzug kann einhergehen, dass die an den Wohnort gebundenen sozialen Beziehungen, also etwa in der Nachbarschaft, verloren gehen. Je älter die Menschen bei einem Umzug sind, und je mehr sie schon gesundheitlich und in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, desto mehr besteht dabei die Gefahr, „dass keine neuen nachbarschaftlichen Beziehungen mehr aufgebaut werden, die soziale Integration misslingt und ein Prozess der Vereinsamung einsetzt" (Oswald 2012: 570).

e) Bei Menschen in festen Paarbeziehungen: Der Verlust des Partners oder der Partnerin. Für die Mehrheit der Menschen, die in einer festen Partnerschaft leben, ist der Partner oder die Partnerin die zentrale Bezugsperson. Der Tod des Partners beziehungsweise der Partnerin ist deshalb ein besonders einschneidendes Ereignis (ein Verlust des Partners oder der Partnerin wegen Trennung oder Scheidung kommt im höheren Lebensalter selten vor).

   Für alle Menschen steigt mit dem Lebensalter die Wahrscheinlichkeit, den Partner oder die Partnerin durch Tod zu verlieren, allerdings gibt es dabei einen deutlichen Unterschied zwischen Männern und Frauen: In der Altersgruppe ab 80 Jahren waren 2011 etwa 30 Prozent der Männer und etwa 64 Prozent der Frauen verwitwet. Die Verwitwung betrifft also sehr viel mehr Frauen als Männer (Nowossadeck und Engstler 2013). Dass die Ehefrauen in vielen Fällen ihre Ehemänner überleben, kann vor allem auf zwei Gründe zurückgeführt werden: Erstens sind die Frauen in Paarbeziehungen häufig jünger als Männer, zweitens haben Frauen zudem auch noch eine höhere Lebenserwartung (Amrhein u. a. 2015). Dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen zeigt sich auch in der Haushaltsgröße: In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen leben Frauen zu 40 Prozent in Einpersonenhaushalten, Männer hingegen nur zu 17 Prozent. In der Altersgruppe

der ab 80-Jährigen leben Frauen sogar zu 67 Prozent alleine, Männer dagegen lediglich zu 28 Prozent. Eng verbunden mit der Verwitwung betrifft also auch das Alleinleben vor allem hochbetagte Frauen (Nowossadeck und Engstler 2013).

Interessanterweise werden in den ersten beiden Jahren nach einer Verwitwung die sozialen Beziehungen intensiviert und erweitert. In diesem Zeitraum nehmen die Anzahl der engen Beziehungen zu anderen Personen und die informelle Unterstützung durch das soziale Netzwerk zu. Auf diese Weise kann der Verlust des Partners beziehungsweise der Partnerin zumindest teilweise ausgeglichen werden (Klaus und Simonson 2011).

f) Tod der Freunde und Bekannten. Im sehr hohen Alter werden die sozialen Netzwerke auch deshalb kleiner, weil die gleichaltrigen Freunde und Freundinnen sowie Bekannten sterben: 13 Prozent der 65- bis 69-Jährigen stimmen der Aussage „Viele meiner Freunde und Bekannten leben nicht mehr“ zu – von den 80- bis 85-Jährigen sind es bereits 66 Prozent (Generali Zukunftsfonds 2013: 177). Je älter eine Person ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie keine engen Freundschaften hat. Ab einem Alter von 80 Jahren hat immerhin mehr als ein Viertel der Befragten keine engen Freunde oder Freundinnen. Zugleich nimmt auch bei denjenigen, die enge Freundschaften haben, die Anzahl dieser mit steigendem Alter ab (Höpflinger 2012).

Soziale Unterschiede bei der Anzahl und Qualität der sozialen Beziehungen

Die Größe der sozialen Netzwerke und die Qualität der sozialen Beziehungen sind je nach sozioökonomischem Status unterschiedlich stark ausgeprägt: „People at lower SES have smaller networks […]. They exchange support with fewer people and are often, though not always, less satisfied with the support they do receive” (Antonucci 2001: 436; vgl. auch Weyers u. a. 2008). Insbesondere der Bildungsstand wirkt sich auf die sozialen Beziehungen aus (Klaus und Simonson 2011).

Allerdings muss auch hier differenziert argumentiert werden: Menschen aus einer höheren Bildungsschicht haben durchschnittlich mehr soziale Beziehungen und erhalten mehr Unterstützung als Menschen aus einer niedrigeren Bildungsschicht. Andererseits konnte gezeigt werden, dass bei Menschen aus einer niedrigeren Bildungsschicht nach einer Verwitwung die Unterstützung durch das soziale Netzwerk stärker ansteigt als bei Menschen aus höheren Bildungsschichten. Dies kann möglicherweise damit erklärt werden, dass in niedrigeren Bildungsschichten die Mobilität geringer ist. Die Angehörigen, Freunde/Freundinnen und Bekannte von Menschen aus niedrigeren Bildungsschichten wohnen also im Durchschnitt weniger weit weg und können deshalb besser helfen als es bei Menschen aus höheren Bildungsschichten der Fall ist (Klaus und Simonson 2011).

Dennoch ist insgesamt zu vermuten, dass die Chance, bei Bedarf informelle Hilfe und Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk zu bekommen, in der Bevölkerung ungleich verteilt ist. Zudem kumulieren Unterstützungsleistungen von verschiedenen Seiten: Wer viel Unterstützung von Angehörigen bekommt, bekommt in der Regel auch viel Unterstützung aus der Nachbarschaft sowie von Freunden und Freundinnen. Dies ist vermutlich eher bei Menschen mit höherem Bildungsstand und einem höheren sozioökonomischen Status zu erwarten. Im Umkehrschluss ist gerade bei besonders unterstützungsbedürftigen Personen die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie weder von Angehörigen noch von Freunden oder Freundinnen noch aus der Nachbarschaft viel Unterstützung bekommen (Höpflinger 2012). Dies hat auch damit zu tun, dass nachbarschaftliche Unterstützung in hohem Maße auf Reziprozität angelegt ist: Wer eine Hilfeleistung gibt, erwartet, dass ihm/ihr in einer Notsituation ebenfalls geholfen wird. Es fällt nicht jeder Person leicht, in der Nachbarschaft Kontakte zu knüpfen und Beziehungen aufzubauen: „Nachbarschaft bildet nicht nur eine Ressource, sie setzt bereits Ressourcen voraus“ (Beetz 2012: 58).

Hilfe und Unterstützung durch das soziale Netzwerk

Welche Rolle spielen nun die verschiedenen Akteure in den sozialen Netzwerken älterer Menschen, wenn diese im Alltag Unterstützung benötigen? Bei einer Untersuchung in der Schweiz sollten die Befragten angeben, ob sie in den letzten sieben Tagen für sich selber aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn bekommen haben (Höpflinger 2012). Die Befragung zeigt, dass die wichtigsten Unterstützungspersonen die Familienangehörigen sind (Tabelle 21). Im vergleichsweise jüngeren Alter, etwa bis in die Mitte des achten Lebensjahrzehnts, fällt diese Rolle insbesondere dem Ehemann beziehungsweise der Ehefrau oder dem Partner oder der Partnerin zu. Deren Bedeutung bei der praktischen Unterstützung nimmt mit zunehmendem Alter jedoch erkennbar ab – darin drückt sich aus, dass bei vielen Paaren der Partner beziehungsweise die Partnerin

entweder wegen eigener gesundheitlicher Einschränkungen keine Unterstützung mehr leisten kann oder gestorben ist. An zweiter Stelle stehen die erwachsenen Kinder, vor allem die Töchter: Der Anteil der Personen, die Hilfe von ihren Töchtern erfahren, ist in jeder Altersgruppe deutlich größer als der Anteil der Personen, denen von ihren Söhnen geholfen wird. Nur ein kleiner Anteil der Befragten hat Hilfe von Geschwistern bekommen, diese sind im durchschnittlichen Unterstützungsnetzwerk also fast zu vernachlässigen.

Tabelle 21

Informelle Hilfe in den letzten sieben Tagen

	Zu Hause lebende Personen im Alter von				
	65-69 J.	**70-74 J.**	**75-79 J.**	**80-85 J.**	**85 J.+**
In den letzten sieben Tagen aus gesundheitlichen Gründen Hilfe erhalten (Prozentanteil der Befragten)	2	4	5	11	23
Prozentanteile derjenigen, die in den letzten sieben Tagen Hilfe bekommen haben:					
Hilfe von wem:					
Ehemann/Ehefrau, Partner/Partnerin	73	54	40	11	9
Tochter	26	49	40	58	44
Sohn	23	32	25	19	42
Schwester	3	5	3	4	1
Bruder	5	5	0	4	1
Andere Familienmitglieder	9	7	13	14	22
Nachbar oder Nachbarin	14	22	15	19	20
Bekannte, Freunde oder Freundinnen	21	26	25	32	20

Quelle: Höpflinger 2012: 89.

Über die verschiedenen Altersgruppen hinweg haben 14 bis 22 Prozent derjenigen, die im abgefragten Zeitraum Hilfe erhalten haben, Hilfe von Nachbarn oder Nachbarinnen bekommen. Die Anteile derjenigen, die Hilfe von Bekannten, Freunden oder Freundinnen bekommen haben, sind sogar noch etwas höher: Zwischen 21 und 32 Prozent der Befragten in den verschiedenen Altersgruppen haben angegeben, sie hätten in den letzten sieben Tagen Unterstützung von Freunden oder Freundinnen erhalten.

Ähnliche Ergebnisse erbrachte die „Eichstätter Angehörigenstudie Demenz“. Dabei wurden die pflegenden Angehörigen von 106 demenziell erkrankten Personen, die ambulant oder teilstationär gepflegt wurden, befragt, von welchen anderen Personen sie Unterstützung bekommen (Frey 2011). Die befragten Hauptpflegepersonen bekamen am häufigsten von anderen Familienmitgliedern Unterstützung. Obwohl die außerfamiliale Hilfe gegenüber der familieninternen Unterstützung nur eine untergeordnete Rolle einnimmt, ist sie nicht völlig zu vernachlässigen: 17 Prozent der Befragten gaben an, dass sie mindestens gelegentlich Unterstützung durch Nachbarn und Nachbarinnen bekommen. Es folgen mit 13,6 Prozent die Freunde und Freundinnen sowie mit knapp 10 Prozent Bekannte.

Es ist jedoch nicht nur wichtig, wer Unterstützung leistet, sondern auch, welche Art von Unterstützung geleistet wird. Die verschiedenen Akteure im sozialen Netzwerk eines Menschen übernehmen unterschiedliche Aufgaben und haben unterschiedliche Rollen, wenn Hilfe und Unterstützung benötigt wird.

Es werden drei Typen der Unterstützung unterschieden:

- Rat (informationelle Unterstützung),
- Trost (emotionale Unterstützung) und
- praktische Hilfe (instrumentelle Unterstützung), bis hin zur Pflege.

Im Deutschen Alterssurvey wurden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen gefragt, an wen sie sich wenden würden, wenn sie Rat, Trost oder praktische Hilfe bräuchten. Aus den Antworten kann für jede dieser drei Arten von Unterstützung eine Rangfolge der Akteure im sozialen Netzwerk erstellt werden (Tabelle 22).

Tabelle 22

Rangfolge der Akteure, an die man sich für die jeweilige Dimension von Unterstützung wenden würde

	Rat		**Trost**		**Praktische Hilfe**	
Rang	**Akteur**	**%**	**Akteur**	**%**	**Akteur**	**%**
1.	Kinder	57	Kinder	49	Partner	57
2.	Partner	40	Partner	42	Kinder	40
3.	Freunde	9	Freunde	11	Nachbarn	9
4.	Geschwister	7	Geschwister	7	Freunde	7
5.	Verwandte	4	Verwandte	4	Enkel	4
6.	Nachbarn	3	Nachbarn	4	Professionelle	3
7.	Sonstige	3	Sonstige	4	Geschwister	3
8.	Enkel	2	Enkel	3	Sonstige	2

Quelle: Tesch-Römer 2010: 195, mit Verweis auf Künemund und Hollstein 2005.

Insgesamt zeigt sich auch hierbei die große Bedeutung der unmittelbaren Verwandtschaftsbeziehungen für Hilfe und Unterstützung – bei allen drei Dimensionen der Unterstützung sind die Kinder und der Partner beziehungsweise die Partnerin für über 90 Prozent der Befragen die ersten Ansprechpartner. Wenn Bedarf nach praktischer Hilfe besteht, kommen dann an dritter Stelle die Nachbarschaft und an vierter der Freundeskreis ins Spiel. Bei Rat sowie bei Trost steht der Freundeskreis an der dritten Stelle der Rangfolge, die Nachbarschaft rangiert bei diesen Arten der Unterstützung erst an sechster Stelle. Wo enge Freundschaften bestehen, sind sie mit zunehmendem Lebensalter immer weniger wegen ihrer praktisch-instrumentellen Hilfe als wegen ihrer emotionalen Unterstützung bedeutsam. Weil die Freunde oder Freundinnen in der Regel in etwa gleich alt sind, geht mit dem Älterwerden auch das Ausmaß ihrer praktisch-instrumentellen Hilfeleistungen zurück (vgl. Tesch-Römer 2010: 194ff.).

Die wachsende Bedeutung des Freundeskreises und der Nachbarschaft

Traditionell wird in Deutschland der allergrößte Teil an Pflegearbeit von Angehörigen übernommen. Daraus speisen sich weit verbreitete Aussagen wie die, dass die Angehörigenpflege das „Rückgrat der Langzeitpflege“ (Rothgang u. a. 2012: 16) oder die Familie „der größte Pflegedienst“ sei. Schon seit einiger Zeit ist jedoch ein Trend weg von der reinen Angehörigenpflege zu beobachten, die Unterstützung und Pflege durch Angehörige ist weniger selbstverständlich geworden: Von 1999 bis 2009 ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die ausschließlich von Angehörigen versorgt werden, von 51 Prozent auf 45,6 Prozent gesunken (Rothgang u. a. 2012). Der Anteil derjenigen Pflegebedürftigen, die ambulant oder vollstationär gepflegt werden, ist im gleichen Zeitraum entsprechend gestiegen. Aus verschiedenen Gründen kann man vermuten, dass dieser Trend weiter anhalten wird:

- Die gesamtgesellschaftliche Mobilität nimmt zu. Dies hat zur Folge, dass die erwachsenen Kinder immer seltener am selben Ort als ihre alten Eltern oder zumindest in der Nähe der Eltern leben.
- Die Frauenerwerbsquote steigt an. Weil immer noch die Frauen (Ehefrauen, Töchter oder Schwiegertöchter) die meiste Sorgearbeit übernehmen, haben auch immer mehr Frauen mit den bekannten Problemen der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu kämpfen (vgl. DAK 2015: 20).
- Es gibt weniger Kinder. Wegen der schon lange vergleichsweise niedrigen Geburtenrate in Deutschland gibt es insgesamt weniger erwachsene Kinder, die die Pflege der Eltern übernehmen könnten.

Seit einiger Zeit wird deshalb verstärkt darüber nachgedacht, wie die Rolle der Nachbarn/Nachbarinnen, der Freunde/Freundinnen sowie der freiwillig Engagierten im Unterstützungsnetzwerk gestärkt werden könne, um auf diese Weise zumindest eine Entlastung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen zu erreichen (vgl. Abschnitt 7.7.3 in diesem Bericht). Dabei wird angenommen, dass die soziale Vernetzung im Stadtteil, im Quartier oder im Dorf alten Menschen dabei helfen kann, trotz gesundheitlicher Einschränkungen ihren Alltag zu meistern: Der soziale Nahraum wird als Ressource im Alter entdeckt (Seifert 2014). Im Abschnitt 8.4.5 werden einige Ansätze zur Förderung von sozialen Beziehungen im Wohnumfeld aufgezeigt.

8.3.5 Veränderungen des sozialräumlichen Umfelds

Wohnen und Wohnumgebung unterscheiden sich je nach Region, Ort und Rahmenbedingungen. Sowohl im regionalen Vergleich als auch innerhalb von Städten gibt es dabei eine Tendenz zur Polarisierung der Verwirklichungschancen für ein angemessenes Wohnen im Alter (Nuissl u. a. 2015: 108). Stadtentwicklungspolitische Bemühungen der letzten Jahrzehnte, Benachteiligungen, die sich aufgrund des Wohnortes ergeben, langfristig zu vermeiden (Nieszery 2008: 108), haben sich bisher jedoch nur wenig auf die spezifischen Erfordernisse der Anpassung des Wohnens an das Altern bezogen. Dabei handelt es sich bei der Tatsache, dass demografische Alterung und soziale Polarisierung zusammenfallen, um eine künftig zentrale Herausforderung der Raumplanung (Nuissl u. a. 2015: 108).

Wirkmechanismen, die das sozialräumliche Umfeld zum Risikofaktor werden lassen, beziehen sich auf drei Aspekte: die objektiven Ressourcen, die Möglichkeiten sozialer Beziehungen und die Symbolik des Ortes (Häußermann 2003).

(1) Objektive Ressourcen des Ortes betreffen die Qualität des Wohnumfeldes, der Wohnung, der sozialen, gesundheitlichen und kommerziellen Infrastrukturausstattung oder seiner Erreichbarkeit. Beeinträchtigend auf die Lebensqualität im Alter wirken sich mangelhafte objektive Ressourcen insbesondere in jenen städtischen Quartieren aus, in denen die Bewohnerschaft aufgrund eines geringen Einkommens und noch bezahlbarer Mieten durch eine lange Wohndauer kaum Möglichkeiten hat, umzuziehen. In vielen ländlichen Ortsteilen und Dörfern mit einem hohen Anteil an Wohneigentum und einer starken sozialen und emotionalen Verbundenheit mit dem Ort, sind Umzüge in die besser versorgten Städte als Reaktion auf die eingeschränkten Ressourcen des Ortes ebenfalls nur bedingt und verbunden mit existenzgefährdenden Verlusten möglich. Verschärft wird die Situation durch den dramatischen Wertverlust der eigenen Immobilien vor allem in den peripheren, schrumpfenden Regionen. In vielen Fällen jedoch ist ein Umzug aus der gewohnten Umgebung trotz schlechter Versorgungslage gar nicht gewünscht, vor allem, wenn die betroffenen älteren Menschen schon seit vielen Jahren in ihren Wohnungen leben: „Der Wunsch älterer Menschen, auch dann im vertrauten Wohnumfeld zu leben, wenn aufgrund eingetretener Einschränkungen der Umzug in eine andere Wohnung oder in eine stationäre Einrichtung zu empfehlen wäre, geht vor allem auf das Bedürfnis nach erhaltener Identität zurück. Die mit einem möglichen Umzug verbundene Aufgabe oder Gefährdung bestehender Beziehungen würden die Identität grundlegend in Frage stellen“ (Deutscher Bundestag 1998: 22).

(2) Der zweite Wirkmechanismus, die Qualität der sozialen Beziehungen, erweist sich vor allen Dingen im Hinblick auf eine quartiers- oder nachbarschaftsbezogene geteilte Verantwortung für die Sorge für ältere und unterstützungsbedürftige Menschen als ausschlaggebend. So gibt es sozialräumlich sehr unterschiedliche Möglichkeiten, soziale Beziehungen zu erhalten, auf- und auszubauen. Nachbarschaftliche oder generationenübergreifende soziale Beziehungen sind insbesondere in Wohnquartieren, die von einer starken Fluktuation der Wohnbevölkerung oder sozial selektivem Fortzug geprägt sind, nicht selbstverständlich vorhanden. In Stadtquartieren, die als benachteiligt im Fokus der Programmatik einer Sozialen Stadtentwicklung standen

und stehen, stellt die Sorge um die älter werdende Bewohnerschaft eine Herausforderung dar, deren Vernachlässigung sich negativ auf die Verwirklichungschancen älterer Menschen auswirken werden. Studien aus England lassen darauf schließen, dass ältere Menschen, die in benachteiligten Quartieren leben, besonders häufig soziale Benachteiligungen aufweisen. Dabei zeigt sich insbesondere ein Zusammenhang zwischen einer schlechten Qualität sozialer Beziehungen und mangelnden materiellen Ressourcen. Recht häufig gehen bei dieser Bevölkerungsgruppe auch mehrere Formen der sozialen Benachteiligung miteinander einher (Scharf u. a. 2005b).

(3) Der dritte Wirkmechanismus, der das sozialräumliche Umfeld zum Risikofaktor für das Wohnen im Alter macht, hängt eng mit dem Mangel an objektiven Ressourcen und der Brüchigkeit sozialer Beziehungen zusammen und betrifft die Symbolik des Ortes als „Armutsquartier“, als „abgehängt“, als „entleert“ oder „geschrumpft“. Bekannt ist, dass dies zu Diskriminierungserfahrungen der jüngeren Generationen auf dem Arbeitsmarkt führt (vgl. Wacquant 2004), darüber hinaus hält dies aber auch Dienstleister für die Versorgung der Bedarfe älterer Menschen aus solchen Quartieren und Dörfern fern (Nuissl u. a. 2015: 117). Ferner ist ein negatives Image von Quartieren oft mit der Annahme verknüpft, es gäbe in diesen Quartieren viel Kriminalität. Solch ein Image kann sich negativ auf das Sicherheitsempfinden älterer Menschen auswirken und damit ihre Mobilitätsgelegenheiten einschränken. Ältere Menschen haben tendenziell mehr Angst vor Übergriffen als jüngere Menschen und sind deshalb von einem solchen Quartiersimage in besonderer Weise betroffen (Nuissl u. a. 2015). Doch neben der Rolle des Sicherheitsempfindens kann sich der Ruf auch auf das Selbstverständnis der Bewohnerinnen und Bewohner eines Quartiers auswirken und das soziale Miteinander verändern. „Einerseits gibt es Menschen, die sich bewusst von anderen Bewohnern und bestimmten Gruppen abgrenzen, da diese mit negativen Bildern und Vorurteilen belegt werden. Andererseits kann es passieren, dass Bewohner sich selbst und das gesamte Quartier als von der Gesellschaft ausgegrenzt empfinden und dadurch weniger in soziale Kontakte investieren […], was sich wiederum negativ auf das lokale Sozialkapital sowie die Atmosphäre im Quartier und die Prävention von Kriminalität auswirkt“ (Nuissl u. a. 2015: 114).

Bei räumlicher Konzentration von älteren Menschen, die über wenig Einkommen verfügen, ergibt sich bezogen auf die gesundheitliche Versorgung die besondere Benachteiligung aus zwei Faktoren. Zum einen dadurch, dass einkommensschwächere Menschen einen problematischen Zugang zu Versorgungsangeboten haben. Zum anderen sind Ältere auf Versorgungsangebote vor Ort angewiesen, die jedoch in benachteiligten Quartieren oft schlecht ausgebaut sind, weil Ärzte aus wirtschaftlichen Gründen eher in Quartiere gehen, in denen mehr einkommensstarke Menschen wohnen (Nuissl u. a. 2015). Da sich im Alter tendenziell der Aktionsradius auf die unmittelbare Wohnumgebung konzentriert, spielen derartige Quartierseffekte vermutlich eine zentrale Rolle für ältere Anwohnerinnen und Anwohner.

Je nach Struktur einer Region ergeben sich unterschiedliche Verwirklichungschancen für (ältere) Menschen (vgl. Kapitel 5 in diesem Bericht). In Regionen mit geringer Wirtschaftskraft, höherer Arbeitslosigkeit und geringem Einkommen weisen die Menschen im Alter zwischen 65 und 85 Jahren eine schlechtere Gesundheit, höhere Depressivität, geringere soziale Integration als auch eine geringere soziale Teilhabe auf als jene, die in Regionen leben, die eine bessere Wirtschaftskraft, geringere Arbeitslosigkeit sowie ein besseres Einkommensniveau aufweisen. Diese soziale Ungleichheit wirkt sich in doppelter Weise auf die Älteren in diesen Regionen aus. Zum einen leben sie in Regionen, wo sich Strukturschwäche und demografische Alterung gegenseitig verstärken und aufgrund dessen ein Mangel an Infrastrukturen und freiwilligen Dienstleistungen vorherrscht. Hier machen sich die Symbolik des Ortes und die objektiven Ressourcen als Quartierseffekte bemerkbar. Zum anderen zieht der häufig schlechtere Gesundheitszustand älterer Menschen in strukturschwachen Regionen auch einen erhöhten Unterstützungsbedarf nach sich, der aber aufgrund der Strukturschwäche nicht gewährleistet werden kann, da es an Unterstützungsstrukturen und Selbsthilferessourcen mangelt. Treten ausgedünnte soziale Netze vor Ort und Altersarmut in Kombination auf, bleibt auch die ausgleichende Wirkung sozialen Kapitals bei fehlendem finanziellen Kapital aus (vgl. Nuissl u. a. 2015: 113f.). Somit schlagen sich hier die objektiven Ressourcen des Wohnortes sowie die Qualität der sozialen Beziehungen als Quartierseffekte nieder.

Die Empirie zu kleineren Sozialräumen ist beschränkt, aber diese Zusammenhänge dürften sich ähnlich auf Quartiersebene zeigen. Neben den alternsbedingt eingeschränkten physischen und kognitiven Fähigkeiten spielen bei der Frage nach der Angemessenheit der Sozialraumbeschaffenheit auch individuelle (finanzielle) Möglichkeiten sowie die soziale Zusammensetzung der Wohnumgebung eine Rolle (Nuissl u. a. 2015: 109). Diese Entwicklungen schränken das Potenzial ein, selbstbestimmt wohnen zu können.

8.4 Handlungsfelder einer umfassenden Wohnpolitik

Anknüpfend an die beschriebenen wohnbezogenen Risiken des Älterwerdens werden in den fünf folgenden Abschnitten Handlungsansätze aufgezeigt, mit denen den genannten Risiken begegnet werden kann. Die Vielfalt und Breite der Themen, die im Folgenden angesprochen werden, zeigen, wie umfassend eine kommunale Wohnpolitik verstanden werden muss.

8.4.1 Versorgung mit bezahlbarem Wohnraum

Angesichts des für die kommenden Jahre prognostizierten Anstiegs der Anzahl von Haushalten Älterer mit geringen Einkommen (vgl. Abschnitt 4.2 in diesem Bericht) muss ausreichend bezahlbarer und altersgerechter Wohnraum zur Verfügung stehen oder bereitgestellt werden. In wachsenden Städten mit einem angespannten Wohnungsmarkt geht es vor allem um die Verfügbarkeit von bezahlbaren Wohnungen, in Regionen mit einem entspannten Wohnungsmarkt steht die Modernisierung und der altersgerechte Umbau von Wohnungen im Vordergrund. Im folgenden Abschnitt werden einige der wohnungspolitischen Instrumente angesprochen, die Bund, Ländern und Kommunen zur Verfügung stehen, um das Wohnen für Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen bezahlbar zu machen.

Wachsende Bedeutung der kommunalen Wohnungspolitik

Noch vor wenigen Jahren herrschte die Annahme vor, dass Wohnungspolitik ein Handlungsbereich mit abnehmender Brisanz und Bedeutung für die Kommunen sei. Man ging davon aus, dass angesichts der abnehmenden Bevölkerungszahlen das Wohnungsangebot völlig ausreichend sei. Diese Annahme hat sich nicht bestätigt. In der Wohnungspolitik hat die kommunale Ebene in den vergangenen Jahren einen deutlich höheren Stellenwert bekommen. Dies liegt unter anderem an den folgenden drei Entwicklungen:

(1) Ausdifferenzierung lokaler Teilmärkte: Einen einheitlichen Wohnungsmarkt gibt es schon länger nicht mehr, vielmehr differenzieren sich eine Vielzahl von lokalen und regionalen Wohnungsmärkten aus (Krummacher 2011). Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass sich die Altersstruktur und die Bevölkerungsdichte regional sehr unterschiedlich entwickeln (vgl. Kapitel 5 in diesem Bericht). Gerade zwischen Regionen mit sinkender und Regionen mit steigender Bevölkerungszahl ist die Lage auf den Wohnungsmärkten sehr unterschiedlich. In vielen großstädtischen Regionen mit angespannten Wohnungsmärkten ist darüber hinaus ein Trend zur sozialräumlichen Segregation und kleinräumigen Sozialraumspaltung zu beobachten. Zur Bewältigung der wohnungspolitischen Herausforderungen werden deshalb lokalspezifische Konzepte und Strategien benötigt, einheitliche Strategien oder bundesweite Förderkonzepte tragen nicht mehr.

(2) Dezentralisierung der Wohnungspolitik: Einhergehend mit der Ausdifferenzierung und Segmentierung regionaler und lokaler Teilmärkte ist etwa seit Mitte der 1980er Jahre die Wohnungs- und Städtebaupolitik föderalisiert und kommunalisiert worden. Es wurden Bundeskompetenzen abgebaut und die Kompetenzen vor allem der Länder, aber auch der Kommunen aufgewertet. So wurde etwa im Jahre 2006 mit der Föderalismusreform I den Ländern die ausschließliche Verantwortung für die soziale Wohnraumförderung nach dem Wohnraumförderungsgesetz (WoFG) übertragen.

(3) Stärkung der Sozialraumorientierung: Auf kommunaler Ebene wird die Wohnungspolitik immer häufiger zu einer integrierten Stadt-(teil-)entwicklung mit deutlicher Sozialraumorientierung weiterentwickelt. Beispielhaft für diesen Trend stehen vor allem die quartiersbezogenen Programme „Soziale Stadt“, „Stadtumbau Ost“ und „Stadtumbau West“. Im Sinne einer ressortübergreifenden Herangehensweise ist eine integrierte Wohnungs- und Stadtentwicklungspolitik sinnvoll.

Der Bedeutungszuwachs der lokalen Ebene in der Wohnungspolitik vollzieht sich allerdings vor dem Hintergrund einer Deregulierung und Liberalisierung der Wohnungsmärkte. Nach der Gründung der Bundesrepublik war bei der Institutionalisierung der Wohnungspolitik in Deutschland die Vorstellung leitend, dass Wohnungen keine Wirtschaftsgüter, sondern Sozialgüter sind. Die Regulierung der Wohnungsmärkte war entsprechend ausgebaut, der Marktzugang und der Wettbewerb waren deutlich eingeschränkt. Seit Mitte der 1990er Jahre wurden die Wohnungsmärkte jedoch liberalisiert, dereguliert und für renditeorientierte Investoren geöffnet. Die Wohnungsmärkte wurden geöffnet und der Wettbewerb gefördert, die staatliche Wohnungspolitik wandelte sich zu einer

Wohnungsmarktpolitik (Egner u. a. 2004; Krisch 2014). Diese Deregulierung auf den Wohnungsmärkten erschwert es nun den Kommunen, ihre anwachsenden wohnungspolitischen Aufgaben wahrzunehmen.

Reform des Wohngelds

Das Wohngeld gehört zu den subjektbezogenen Leistungen der Wohnungspolitik. Weitere subjektbezogene Leistungen sind die Übernahme der Kosten der Unterkunft (KdU) nach dem SGB II und dem SGB XII. Wenn die Kommunen bei älteren Menschen die Kosten der Unterkunft übernehmen, so geschieht dies in der Regel im Rahmen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII).

Das Wohngeld gilt als ein treffsicheres und effizientes Instrument zur Unterstützung einkommensschwacher Haushalte. Insbesondere ältere Menschen profitieren von dieser Form der staatlichen Unterstützung bei den Wohnkosten: Haushalte älterer Menschen machen mit 47 Prozent die größte Gruppe unter den Wohngeldhaushalten aus. Die allermeisten (90 %) dieser Haushalte sind Einpersonenhaushalte. Von den alleinlebenden älteren Menschen mit Wohngeldbezug sind wiederum 70 Prozent Frauen (Oettgen 2013). Neben der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist also das Wohngeld ein wesentliches Instrument, um ältere Menschen mit niedrigem Einkommen zu unterstützen. Das Wohngeld wird vom Bund und von den Ländern finanziert, Reformen des Wohngeldrechts setzen deshalb einen Beschluss des Deutschen Bundestags und die Zustimmung des Deutschen Bundesrats voraus.

Zwischen 2009 und 2015 wurde das Wohngeld nicht erhöht, seine Leistungsfähigkeit hatte in diesem Zeitraum deshalb deutlich nachgelassen. Am 2. Juli 2015 beschloss der Deutsche Bundestag eine Reform des Wohngeldgesetzes, die Zustimmung des Bundesrates zu dieser Reform steht zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Berichtes noch aus.[58] Sofern der Bundesrat dem Reformgesetz zustimmt, treten die neuen Regelungen am 1. Januar 2016 in Kraft. Mit der Wohngeldreform 2016 wird das Wohngeld deutlich angehoben. Außerdem wird im Gesetz eine regelmäßige Überprüfung des Wohngeldes festgeschrieben: Die Bundesregierung muss die Höchstbeträge für Miete und Belastung, die Mietenstufen und die Höhe des Wohngeldes alle zwei Jahre überprüfen; alle zwei Jahre zum 30. Juni muss sie zudem im „Wohngeld- und Mietenbericht" dem Deutschen Bundestag über diese Überprüfung, die Durchführung des Gesetzes und die Entwicklung der Mieten berichten.

Eine regelmäßige Anpassung der relevanten Parameter und des Wohngeldes ist damit jedoch nicht gewährleistet, sondern hängt vom politischen Willen der jeweiligen Bundesregierung und vom parlamentarischen Entscheidungsprozess ab. Besser wäre deshalb eine automatisierte Anpassung des Wohngeldes an relevante Indizes (Mieten und Verbraucherpreise).

Sozialen Wohnungsbau und Wohnraumförderung wiederbeleben

Neben den subjektbezogenen Instrumenten zur sozialen Absicherung des Wohnens gibt es die objektbezogene Förderung von Wohnungsbau und Wohnraum. Dazu gehört die soziale Wohnraumförderung. Bei der sozialen Wohnraumförderung stellen die Länder Fördermittel für den Neubau von Sozialwohnungen (in der Regel in Form von Darlehen) bereit. Im Gegenzug unterliegt der geförderte Wohnraum zeitlich befristeten Mietpreisbindungen und/oder Belegungsbindungen. Fördermittel der sozialen Wohnraumförderung können auch für die Schaffung von Sozialbindungen und für Sanierungsmaßnahmen im Bestand eingesetzt werden. Unter den Zielgruppen für den sozialen Wohnungsbau ist auch die anwachsende Gruppe älterer Menschen mit niedrigen Einkünften, die sowohl altersgerechten als auch preisgünstigen Wohnraum benötigen. Um diese Gruppe mit Wohnraum zu versorgen, sind die Kommunen darauf angewiesen, einen ausreichenden Bestand von entsprechenden Sozialwohnungen mit Belegungsbindung zur Verfügung zu haben (vgl. BBSR 2011c: 20).

Der Bestand an Sozialwohnungen ist allerdings seit Jahren rückläufig (vgl. Tabelle 23). Dies liegt im Wesentlichen daran, dass nun schon seit einiger Zeit bundesweit weniger neue Sozialwohnungen geschaffen werden als Wohnungen durch das Auslaufen der zeitlich befristeten Mietpreis- und Belegungsbindungen aus der sozialen Wohnraumförderung herausfallen: „In der Förderpraxis vieler Städte können die in den vergangenen Jahren beschlossenen Förderprogramme für einen neuen Sozialen Wohnungsbau nicht einmal die Abgänge von Sozialbindungen durch das Auslaufen früherer Förderverträge kompensieren" (Holm 2014: 28).

---

[58] Gesetz zur Reform des Wohngeldrechts und zur Änderung des Wohnraumförderungsgesetzes (WoGRefG).

Tabelle 23

Bestand an gebundenen Mietwohnungen in den Ländern, in Wohneinheiten

	Bindungen aus Neubauförderung	**Anzahl der Wohnungen mit Mietpreis- und/oder Belegungsbindung**	
	Bindungsbestand per 31.12.2002	**Bindungsbestand per 31.12.2010**	**Bindungsbestand per 31.12.2013**
Baden-Württemberg	137.207	65.000	53.000
Bayern	272.630	161.000	150.500
Berlin	277.200	213.442	194.413
Brandenburg	29.659	39.700	65.819
Bremen	24.250	10.196	9.271
Hamburg	164.128	108.011	102.998
Hessen	157.793	127.910	115.325
Mecklenburg-Vorpommern	9.217	7.296	7.190
Niedersachsen	114.957	84.755	94.743
Nordrhein-Westfalen	844.258	543.983	499.063
Rheinland-Pfalz	62.522	61.732	49.427
Saarland	3.850	2.500	2.300
Sachsen	223.418	83.303	7.026
Sachsen-Anhalt	75.595	31.298	25.452
Schleswig-Holstein	61.060	66.931	63.846
Thüringen	12.861	55.090	34.861
Alle Länder	**2.470.605**	**1.662.147**	**1.475.234**

Quellen: BMVBS 2012 und BMUB 2015.

Zugleich steigt der Bedarf an gefördertem Wohnraum. Dies liegt nicht nur, aber wesentlich auch an dem jetzt schon beobachtbaren Zuwachs an Haushalten älterer Menschen mit niedrigem Einkommen – dieser Zuwachs wird allen Prognosen nach in den nächsten Jahren anhalten oder sich sogar verstärken: „Eine starke Ausweitung des Bedarfs an preiswertem Wohnraum ist im Bereich der Senioren zu sehen, wo mittelfristig mit wachsender Altersarmut zu rechnen ist“ (Pestel-Institut 2012: 15, vgl. Rohr-Zänker 2014: 7). Das Pestel-Institut hat im Jahr 2012 aufgrund des sich verringernden Angebots und einer steigenden Nachfrage eine Lücke von mindestens 4 Mio. Sozialwohnungen errechnet, vor allem in den größeren Städten mit anwachsender Bevölkerung (Pestel-Institut 2012: 15). Es mangelt insbesondere an kleineren günstigen Wohnungen, die sich für Ältere mit geringen finanziellen Mitteln eignen würden (Holm 2014: 25).

Bund, Länder und Kommunen sollten sich deshalb um eine Wiederbelebung der sozialen Wohnraumförderung bemühen. Insbesondere der Mangel an preisgünstigen Mietwohnungen in den Städten sollte durch eine Ausweitung des sozialen Wohnungsneubaus verringert werden.

Obwohl eine Ausweitung des sozialen Wohnungsbaus insbesondere in (Groß-)Städten und Wachstumsregionen eine naheliegende Lösung für das Problem eines zu geringen Angebots an bezahlbarem Wohnraum zu sein scheint, muss berücksichtigt werden, dass sich auf den lokalen Teilmärkten Phasen von Knappheit und Phasen eines Überangebots abwechseln können. So sollte vor dem Neubau von Sozialwohnungen die zukünftige Markt-

entwicklung abgeschätzt und dabei geprüft werden, wie langfristig mit einer (größeren) Nachfrage an zusätzlichem (günstigen) Wohnraum in der jeweiligen Region zu rechnen ist (Ulbricht 2015). Da die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner in Deutschland langfristig und im Durchschnitt abnimmt, ist eine aktuell steigende Nachfrage nach günstigem Wohnraum in manchen Kommunen und Regionen möglicherweise eine nicht lange anhaltende Entwicklung. In solchen Fällen würde man mit dem Bau von Wohnungen mit einfachem Standard Gefahr laufen, Angebote zu schaffen, die nur kurzfristig nachgefragt würden und die mittel- und langfristig eher Folgekosten nach sich ziehen (z. B. bei Umbau- und Aufwertungsmaßnahmen oder Rückbau).

Ein alternativer Weg zur Steigerung des Angebots an sozial gebundenem Wohnraum sind Maßnahmen, bei denen Bestandswohnungen mit Mietpreisbindungen und Belegungsrechten versehen werden. Dabei kauft die Kommune Belegungsrechte im frei finanzierten Bestand. Der Stellenwert von neuvereinbarten Sozialbindungen im Bestand wird aufgrund des Rückgangs von Sozialwohnungen womöglich in Zukunft noch anwachsen (Krummacher 2011). Dieses Instrument kann sich als rentabler erweisen (und zudem von den Kommunen flexibler gehandhabt werden) als der Neubau von Sozialwohnungen: „Wenn Sozialwohnungen […] hochwertig und teilweise in sehr attraktiven Lagen neu gebaut werden, können mit der gleichen Fördersumme weniger Wohnungen mit Belegungsrechten geschaffen werden als beim *Kauf von Belegungsrechten* für ältere Wohnungen. Zu diesem Rentabilitätsvergleich kommt es aber nur selten“ (Heising und Baba 2011: 530, Hervorhebung im Original). Eine Variante dieses Instruments ist die mittelbare Belegung, bei der ein Investor eine Förderung für einen Wohnungsneubau erhält und im Gegenzug Bestandswohnungen desselben Eigentümers oder Investors mit Belegungsrechten und Mietpreisbindungen versehen werden. Die Schaffung von Belegungsrechten oder Belegungsbindungen im Bestand hat den Vorteil, dass die Kommunen die räumliche Verteilung der entsprechenden Wohnungen besser steuern und damit einer räumlichen Segregation und einer Konzentration sozialer Risiken entgegenwirken können (Voigtländer 2015).

Maßnahmen der sozialen Wohnraumförderung im Bestand können außerdem auf die Modernisierung von Wohnungen zielen. In Bezug auf ältere Menschen besteht ein Bedarf an altersgerechtem und preiswertem Wohnraum. Auch hierfür können Mittel der sozialen Wohnraumförderung eingesetzt werden: „Durch die soziale Wohnraumförderung können Maßnahmen zum Abbau von Barrieren durchgeführt werden, ohne dass die Bewohner danach mit unbezahlbaren Mieten belastet werden“ (BBSR 2011c: 24).

Für den Neubau von Sozialwohnungen können die Kommunen Flächen bereitstellen und bestimmen. Auch im Eigentum des Bundes kann es Flächen geben, die für den sozialen Wohnungsbau erschlossen und genutzt werden können und zu diesem Zwecke zu angemessenen Kosten zur Verfügung gestellt werden können (Deutscher Städtetag 2013: 4). Im Fall von Großstädten spricht dabei viel für eine „innere Stadterweiterung“ durch Nachverdichtung und Lückenschließung in innerstädtischen Lagen anstelle einer Expansion in die Fläche (BBSR 2012c). Nachverdichtung in innerstädtischen Lagen ist mit Blick auf ältere Menschen die bessere Lösung, da neue Wohnungen dann dort entstehen, wo bereits eine Versorgungsinfrastruktur bereitsteht, wo es ÖPNV gibt und wo die älteren Menschen ihre sozialen Netzwerke haben.

Wohnmobilität fördern

In der Wohnforschung und Wohnungspolitik ist der sogenannte Remanenzeffekt bekannt: Auch wenn die Kinder ausgezogen sind und/oder der Partner oder die Partnerin schon verstorben ist, bleiben viele ältere Menschen in den Wohnungen oder Häusern wohnen, in denen sie mit den Kindern und/oder dem Partner beziehungsweise der Partnerin gewohnt haben (Heising und Baba 2011). Gesellschaftlich gesehen halten solche Remanenzeffekte den Wohnungsmarkt unbeweglich und haben zur Folge, dass große Wohnflächen nicht für jene frei sind, die auf sie angewiesen sind (etwa Familien). Wegen ihrer aufwändigeren Bewirtschaftung können zu große Wohnungen für alte Menschen auch zu einer Last werden.

Individuell gesehen kann der Remanenzeffekt dazu führen, dass Menschen in einer ihren Lebensumständen finanziell und baulich nicht angemessenen Wohnung leben: Erstens sind ihre Wohnungen oft zu groß für ihren eigentlichen Bedarf und damit im Verhältnis zu den Gesamteinkünften im Alter bisweilen zu kostenträchtig. Zweitens weisen viele Wohnungen Barrieren auf, die im höheren Lebensalter die Lebensqualität beeinträchtigen und eine selbstständige Lebensführung verhindern können. Insgesamt wären eine größere Bereitschaft zum Umzug auch im Alter und eine größere Wohnmobilität älterer Menschen hilfreich. Die Kommunen und die Unternehmen der Wohnungswirtschaft sollten deshalb eine auch auf die Bedürfnisse alter Menschen abgestimmte Wohn- und Umzugsberatung anbieten.

In Kommunen mit angespanntem Mietmarkt können allerdings die aktuellen Mietpreisentwicklungen ein Hindernis für einen Umzug alter Menschen in kleinere und alter(n)sgerechtere Wohnungen darstellen: Der Wechsel von einer im Alter zu großen und/oder barrierereichen Wohnung in eine kleinere, barrierearme Wohnung kann daran scheitern, dass die Mietpreise im Bestand, insbesondere bei schon lange bestehenden Mietverhältnissen, deutlich unter den Mietpreisen bei Neuvermietung oder im Wohnungsneubau liegen. Wenn die Wohnkosten durch einen Umzug übermäßig ansteigen, wird ein vielleicht sinnvoller und dem tatsächlichen Bedarf folgender Wohnungswechsel eher unterbleiben.

Die zukünftig ins höhere Lebensalter kommenden Kohorten sind während ihres Lebensverlaufs insgesamt mobiler, damit wird in Zukunft vermutlich auch die Umzugsbereitschaft von älteren Menschen anwachsen (Rohr-Zänker 2014). Die Kommunen können sich diese Entwicklung zunutze machen und die Umzugsbereitschaft fördern. Um einen Umzug älterer Menschen aus einer zu groß oder zu barrierereich gewordenen Wohnung zu erleichtern, müssen Kommunen ein ausreichendes Angebot an kleinen, preisgünstigen und barrierefreien Wohnungen vorhalten. In jeder Kommune sollte es ein differenziertes Angebot an verschiedenen, für ältere Menschen geeigneten Wohnformen geben. Dabei ist es hilfreich, wenn Wohnungen mit Dienstleistungen verknüpft werden. Kommunen und Unternehmen der Wohnungswirtschaft sollten außerdem Wohn- und Umzugsberatung sowie praktische Umzugshilfen anbieten. Durch Informationen, Vermeidung falscher Erwartungen, frühzeitige Diskussionen sowie Möglichkeiten des Probewohnens können die Kommunen dazu beitragen, dass Umzüge den Schrecken verlieren, den sie für viele alte Menschen haben (Oswald 2012).

Kommunale Wohnraumversorgungskonzepte entwickeln

Weil die Bedingungen der lokalen Wohnungsmärkte sehr unterschiedlich sein können, müssen die Kommunen kleinteilige und differenzierte Strategien entwickeln, um angemessenen Wohnraum auch für einkommensschwache Haushalte älterer Menschen in ausreichendem Umfang zur Verfügung stellen zu können. Je nach den lokalen Bedingungen muss entschieden werden, mit welchen Maßnahmen und Mitteln reagiert werden soll. Angesichts der Komplexität der Problemlagen und der Fülle an Ansatzmöglichkeiten und Handlungsalternativen kommt es darauf an, je nach den regionalen und lokalen Bedingungen passgenau die nötigen Maßnahmen zu treffen. Dazu bedarf es einer kleinräumigen und fortlaufenden Wohnungsmarktbeobachtung. Dies umfasst nicht nur die Analyse von spezifischen (Markt-)Entwicklungen vor Ort, sondern zum Beispiel auch die Identifikation von tatsächlich Bedürftigen (d. h. die Überprüfung von bisher als bedürftig eingestuften Personen ebenso wie die Identifikation von bisher nicht als bedürftig berücksichtigten Personen). Dass Handlungsstrategien zur Versorgung mit bezahlbarem Wohnraum der Situation vor Ort angepasst sein müssen, bedeutet auch, dass für Berechnungs- und Bewertungsgrundlagen (z. B. Einkommensgrenzen oder Miethöhen) regionale Referenzgrößen herangezogen werden sollten.

Bei der Entwicklung solcher Strategien sind kommunale Wohnraumversorgungskonzepte sinnvoll (BBR 2006; Krisch 2014; Kort-Weiher 2011). Ein kommunales Wohnraumversorgungskonzept enthält in der Regel:

- eine Situationsanalyse sowie eine Abschätzung der Entwicklung auf dem lokalen Wohnungsmarkt;
- wohnungspolitische Ziele für die Gesamtkommune und gegebenenfalls für einzelne Teilräume in der Kommune;
- konkrete Strategien, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele (BBR 2006).

Ein kommunales Wohnraumversorgungskonzept sollte ämterübergreifend und unter Einbeziehung der Wohnungswirtschaft erstellt werden. Dies gelingt besser, wenn die Erstellung eines kommunalen Wohnraumversorgungskonzepts innerhalb der Verwaltung zur Chefsache erklärt wird (vgl. Krisch 2014: 39). Eine ressortübergreifende Zusammenarbeit bei der Erstellung eines Wohnraumversorgungskonzepts hat vor allem zwei Vorteile:

(1) Das Konzept ist inhaltlich ausgewogener,
(2) seine Akzeptanz ist höher und seine Umsetzung wahrscheinlicher.

Die Kommune sollte das Konzept beschließen, eine rein verwaltungsinterne Erstellung und Verwendung des Konzepts ist nicht ausreichend. Dadurch wird zwar der Abstimmungsbedarf bei der Erstellung der Konzepte erhöht, ihre Legitimität und die Selbstbindung der Kommunen an sie sind jedoch deutlich größer.

In dem im Jahr 2002 in Kraft getretenen Wohnraumfördergesetz heißt es in § 3 Absatz 3 Satz 2: „Die Länder können bei ihrer Förderung ein von einer Gemeinde oder einem Gemeindeverband beschlossenes Konzept zur sozialen Wohnraumversorgung (kommunales Wohnraumversorgungskonzept) zu Grunde legen.“ In der Praxis wurde den Ländern damit die Möglichkeit eingeräumt, Fördermittel an die Kommunen nur dann zu vergeben, wenn die Kommunen Wohnraumversorgungskonzepte erstellen. Die Länder sollten diese Möglichkeit nutzen, um die Kommunen zur Erstellung von kommunalen Wohnraumversorgungskonzepten anzuregen. Auch regionale oder interkommunale Wohnraumversorgungskonzepte können sinnvoll sein.

Netzwerke bilden

Die Aufgaben in der Wohnungspolitik sind komplex, bisweilen bestehen Zielkonflikte mit den Maßnahmen anderer Politikbereiche. Innerhalb der kommunalen Verwaltung muss die kommunale Wohnungspolitik deshalb ressortübergreifend geplant und durchgeführt werden. Darüber hinaus müssen die Kommunen die Kooperation mit den Akteuren der Wohnungswirtschaft suchen. Dazu gehören die Wohnungsunternehmen, aber auch die privaten Hauseigentümer. Die Abstimmung mit privaten Hauseigentümern ist wegen ihres relativ geringen Organisationsgrades nicht einfach. Dennoch „ist der Aufbau von Kommunikations- und Kooperationsstrukturen mit den privaten Vermietern alternativlos“ (Kort-Weiher 2011: 657). 60 Prozent des Mietwohnbestands befindet sich im Eigentum von Einzelvermietern. Insgesamt bedarf es einer vernetzten, integrierten Wohnungs-, Stadtentwicklungs- und Sozialpolitik, die auf die Kooperation zwischen den unterschiedlichen, im Feld der Wohnpolitik präsenten Akteure setzt (vor allem die Kooperation zwischen Kommunen, Wohnungswirtschaft, privaten Eigentümern und sozialen Trägern). Auf diese Weise können Fördermittel effizienter eingesetzt und verschiedene Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden. Die konkreten Ziele der Wohnpolitik vor Ort lassen sich damit besser erreichen.

8.4.2 Barrierereduzierten oder barrierefreien Wohnraum schaffen

Im Abschnitt 8.3.2 wurde deutlich, dass es eine große Lücke zwischen der Anzahl der vorhandenen und der Anzahl der benötigten barrierereduzierten oder barrierefreien Wohnungen gibt. Es steht deshalb außer Frage, dass deutlich mehr barrierereduzierter oder barrierefreier Wohnraum geschaffen und die Anzahl entsprechender Wohnungen erhöht werden muss. Das Bemühen, mehr barrierereduzierten oder barrierefreien Wohnraum zu schaffen, hat auch einen generationenübergreifenden Aspekt: Barrierereduzierte und erst recht barrierefreie Wohnungen sind altengerecht, aber sie sind zugleich auch behinderten- und familiengerecht und kommen damit weitaus mehr Bevölkerungsgruppen als nur älteren Menschen zugute.

Ein Teil derjenigen älteren Menschen, die in eine Einrichtung der stationären Pflege umziehen, tut dies, weil ihre Wohnungen nicht altengerecht gestaltet sind. Entweder weisen sie Barrieren auf, die einen Verbleib in der Wohnung erschweren, oder es kommt aufgrund der baulichen Gegebenheiten oder der Einrichtung zu Stürzen oder Unfällen, deren Folgen wiederum eine stationäre Pflege nötig machen. In einigen Fällen könnte der Umzug in die stationäre Einrichtung durch einen altengerechten Umbau der Wohnung jedoch vermieden werden. Dies würde dem Ziel entsprechen, eine möglichst lange selbstständige Lebensführung in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Eine interessante Frage ist, ob Investitionen in einen altersgerechten Umbau von Wohnungen auch ökonomisch sinnvoll wären, wenn dadurch die Kosten der stationären pflegerischen Versorgung eingespart werden könnten. In einer Studie im Auftrag des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) wurden die fiskalischen Effekte eines altengerechten Umbaus von Wohnungen auf die Soziale Pflegeversicherung und die Sozialhilfe berechnet (BBSR 2014a). Die Studie kommt zu folgenden Ergebnissen: Wenn alle Pflegebedürftigen in einer altengerechten Wohnung wohnen könnten, könnten 15 Prozent der Umzüge von Pflegebedürftigen in eine stationäre Einrichtung verhindert werden. Weil die ambulante Pflege und die Einbindung von Familie, Nachbarschaft und ehrenamtlich Engagierten weniger Kosten verursacht als die stationäre Pflege, würden dadurch insgesamt Einsparungen in Höhe von etwa 5,2 Mrd. Euro jährlich entstehen. Von diesem Betrag würden etwa 2,2 Mrd. auf die privaten Haushalte und 3 Mrd. Euro auf die staatlichen Träger der Sozialen Pflegeversicherung und der Sozialhilfe entfallen. Durch diese Einsparungen würden sich die Kosten für die Förderung des altengerechten Umbaus der Wohnungen nach einiger Zeit amortisieren (BBSR 2014a). Die Prognos AG hat berechnet, dass allein durch den mit KfW-Mitteln geförderten altengerechten Umbau die Soziale Pflegeversicherung jährlich 26 Mio. Euro und die Sozialhilfe 6 Mio. Euro einspart. Dazu kommen durch die geförderten Umbaumaßnahmen beträchtliche Bruttowertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte und damit wiederum positive Effekte auf Steuern und Sozialabgaben (Prognos 2014).

Barrierereduzierter und barrierefreier Wohnraum

Vor allem bei Anpassungsmaßnahmen im Bestand muss es nicht immer die völlige Barrierefreiheit nach DIN 18040 Teil 2 sein: Häufig ist barrierereduzierter Wohnraum im Gegensatz zu völliger Barrierefreiheit ausreichend. Beim Neubau wären Regelungen sinnvoll, die den Einbau zumindest von großen Barrieren, die später mit großem Aufwand abgebaut werden müssten, generell verhindern. Dies bezieht sich vor allem auf Treppenstufen vor dem Haus oder in der Wohnung sowie auf die Geräumigkeit der Sanitärräume. Ziel sollte es also sein, umfassend barrierereduzierten Wohnraum bei gleichzeitig ergänzender Bereitstellung gänzlich barrierefreien Wohnraums zu gewährleisten. Viele bauliche Gegebenheiten in Wohnungen können mit relativ einfachen Maßnahmen angepasst werden, wenn diese frühzeitig im Rahmen von ohnehin fälligen Instandhaltungs- oder Modernisierungsarbeiten ergriffen werden.

Finanzielle Förderung ausbauen und verstetigen

Was die finanzielle Förderung des Wohnungsumbaus angeht, so ist entscheidend, dass die Förderung für Privatpersonen auch als Zuschuss und nicht nur als Darlehen angeboten wird. Insbesondere für ältere Menschen mit niedrigen Alterseinkünften, die im selbstgenutzten Wohneigentum leben, ist ein Darlehen für den Wohnungsumbau ungeeignet und unattraktiv (BMVBS 2011: 70). Insofern ist es sehr zu begrüßen, dass das KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“, das im Jahr 2009 zunächst als ein Kreditprogramm eingeführt wurde, im Jahr 2010 um eine Zuschussvariante ergänzt wurde (Prognos 2014). Die Zuschussvergabe des Programms lief Ende 2011 zunächst wieder aus. Im Rahmen dieses Programms wurden von 2009 bis 2013 120.889 Wohnungen umgebaut, dies entspricht etwa 17 Prozent des gesamten Bestandes an altengerechten Wohnungen im Jahr 2013. 103.118 dieser Umbauvorhaben wurden per Kredit gefördert, für 17.771 umgebaute Wohnungen wurde ein Zuschuss vergeben. Zum 1. Oktober 2014 wurde die Zuschussvariante des Programms neu aufgelegt. Dies ist erfreulich, denn „durch die Wiedereinführung der Zuschussvariante ist insgesamt auch eine größere Inanspruchnahme des Programms und damit ein größerer Impuls zur Schaffung altersgerechter Wohnungen zu erwarten“ (Prognos 2014: 84). Es sollte alles getan werden, um das KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ und insbesondere seine Zuschussvariante auf Dauer zu stellen.

Beratungsangebote ausbauen

Die Instrumente zur finanziellen Förderung des altengerechten Wohnungsumbaus müssen durch ein umfassendes Netz von Informationsmöglichkeiten ergänzt werden. „Wohnberatung ist ein wichtiger Erfolgsfaktor, um die Bürger und Betroffenen durch geschultes, neutrales Personal u. a. über bauliche Anpassungsmaßnahmen sowie über rechtliche und finanzielle Möglichkeiten zu informieren. Häufig fehlen bei den Beratungsinteressenten Kenntnisse zum altersgerechten Wohnen, zu alternativen Wohnangeboten, zu speziellen Hilfsmitteln und zu Förder- und Umsetzungsmöglichkeiten“ (BBSR 2014a: 43). Allerdings sind die Strukturen der Beratung zum altengerechten Umbau lückenhaft. Die Endverbraucher, insbesondere aber die Akteure der Wohnungsbauwirtschaft sollten besser über die Formen, die Möglichkeiten und die Bedeutung des barrierereduzierten oder barrierefreien Wohnraums informiert und zu entsprechendem Handeln motiviert werden (BMVBS 2011: 79ff.).

8.4.3 Selbstständiges Wohnen mit Hilfe technischer Assistenzsysteme[59]

Wie die Ausführungen zur Wohnraumanpassung gezeigt haben, können mit einer altengerecht gestalteten Wohnung Unfälle vermieden sowie Hilfe- und Pflegebedürftigkeit vermindert oder aufgeschoben werden. Auch technische Assistenzsysteme können dazu beitragen, Lebensqualität im Alter zu erhalten. Unter „technikunterstütztem Wohnen“ wird hier der präventive Einsatz von intelligenten Assistenzsystemen (wie Ambient Assisted Living: AAL) und technikbasierten unterstützenden Dienstleistungen verstanden. Die dazu notwendige Informations- und

[59] Dieser Abschnitt bezieht sich an vielen Stellen auf fünf im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission erstellte Expertisen: „Technische Systeme im Pflege- und Versorgungsmix für ältere Menschen“ von Reinhold Haux (2014), „Wovon hängt die Nutzung technischer Assistenzsysteme ab?“ von Harald Künemund (2014), „Technische Unterstützung im Alter – Was ist möglich, was ist sinnvoll?“ von Sibylle Meyer (2014), „Ethische Implikationen der Nutzung altersgerechter technischer Assistenzsysteme“ von Hartmut Remmers (2014) und „Altersgerechte Assistenzsysteme – Was tut die Wohnungswirtschaft?“ von Birgit Wilkes (2014).

Kommunikationstechnik wird so in die gewohnten Wohnbezüge integriert, dass möglichst unmerklich Unterstützung im Alltag geleistet wird (VDE 2009: 6f.). Die Wohnung wird in diesem Zusammenhang auch als „Gesundheitsstandort“ verstanden (Haux 2014).

Die Herausforderungen, die der demografische und der soziale Wandel für die Pflege mit sich bringen, sind bekannt (vgl. Kapitel 7 in diesem Bericht): Die Anzahl der pflegebedürftigen älteren Menschen nimmt zu, das Krankheitsspektrum wird umfangreicher und differenzierter. Zugleich zeichnet sich in der Pflegebranche ein großer Mangel an Fachkräften ab. Ein beträchtlicher Teil der pflegenden Angehörigen ist berufstätig und daher doppelt belastet oder selbst schon im höheren Lebensalter und deshalb wenig belastbar. Zudem sind, wie in diesem Bericht schon in verschiedenen Zusammenhängen gezeigt werden konnte, die informellen und die familialen Unterstützungsstrukturen vor Ort allein nicht nachhaltig tragfähig (vgl. Weiß u. a. 2013: 8). Vor diesem Hintergrund beziehen sich technikbasierte Unterstützungskonzepte im Kern auf vier Ziele:

- ein selbstbestimmtes Leben auch bei eingeschränkter Gesundheit gewährleisten,
- gesellschaftliche Teilhabe aufrechterhalten,
- sicheres und unabhängiges Wohnen gewährleisten sowie
- die Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit insgesamt aufrechterhalten.

Möglichkeiten des technikunterstützten Wohnens

Die primären Adressaten der Assistenzsysteme sind diejenigen Menschen, die ihre Selbstständigkeit erhalten wollen, jedoch durch chronische Krankheiten und/oder altersbedingte Beeinträchtigungen gefährdet und auf eine ständige Überwachung und eine schnelle Hilfe in Notfallsituationen angewiesen sind. Technische Assistenzsysteme sollen vor allem Sicherheit schaffen. Um Sicherheit geht es bei der Sturzvermeidung und bei Hausnotrufsystemen, die beispielsweise im Falle von Bränden, Einbrüchen oder Wasserschäden aktiviert werden (GdW 2014: 61). Um Sicherheit geht es auch beim Monitoring der Gesundheitsdaten und des Gesundheitsverhaltens einer Person. So können mit telemedizinischen Systemen die Vitaldaten bei chronischen Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Diabetes überwacht und bei Unstimmigkeiten schnell Hilfeleistungen aktiviert werden. Im Bereich der pflegerischen Versorgung kommen technische Systeme wie die sensorische Raumüberwachung, „intelligente“ Fußböden, tragbare Sensoren, Geräte mit Erinnerungsfunktion, Ortungs- und Lokalisierungssysteme oder stationäre und ambulante Aufstehhilfen infrage.

Bei unterstützungs- oder pflegebedürftigen Menschen können Systeme zur Erfassung alltäglicher Aktivitäten hilfreich sein. Die Aktivitätsmuster werden beispielsweise anhand der Nutzung von Gas, Wasser und Strom erfasst und kontrolliert. Das Ess- und Trinkverhalten kann mit Sensoren am Kühl- oder Küchenschrank überwacht werden. Die Systeme erkennen frühzeitig Unregelmäßigkeiten im Tagesablauf der betroffenen Menschen und geben per Funk eine Rückmeldung an Pflegedienste oder Angehörige. Die dafür notwendige Sensor- und Übermittlungstechnik kann unauffällig in die bestehende bauliche Infrastruktur integriert werden. Das gleiche Monitoring kann in der Nacht stattfinden – dann werden etwa Informationen darüber generiert, ob die Person unruhig schläft oder das Bett verlässt. „Sensorbasierte Systeme können diese Veränderungen kontinuierlich erfassen. Kombiniert mit gezielten Nachfragen beim Auftreten von Warnungen können gesundheitliche und psychische Probleme aufgedeckt werden“ (Weiß u. a. 2013: 100).

Ethische Fragen zum technikunterstützten Wohnen

Den Technologien des AAL wohnt allerdings die Gefahr inne, dass mit ihrer Hilfe Menschen überwacht und kontrolliert werden, deren Möglichkeiten, in die Überwachung und Kontrolle einzugreifen und sie zu steuern, eingeschränkt sind. Dies beschneidet die Selbstbestimmung und verletzt die Intimsphäre der betroffenen Menschen. Beispielsweise sollen Trackingsysteme kognitiv beeinträchtigten Menschen eine Navigations- und Notfallhilfe bei außerhäuslicher Mobilität bieten, Angehörigen und Pflegenden als Ortungssystem dienen und das Bewegungsmuster der betroffenen Person verfolgen, sodass bei Auffälligkeiten interveniert werden kann. Die Entwicklerinnen und Entwickler solcher Systeme sehen darin die Chance, Mobilität auch für Menschen zu erhalten, die an einer Demenz erkrankt sind. Der Einsatz dieser Systeme wirft jedoch auch die Frage auf, wie unabhängig und selbstbestimmt eine Person noch sein kann, wenn sie ununterbrochen in ihren Aktivitäten und Abläufen kontrolliert wird. Bei der Entwicklung und dem Einsatz assistiver technischer Anwendungen sollte deshalb immer darauf geachtet werden, dass die Kontrollmöglichkeiten der Nutzerin oder des Nutzers möglichst weitgehend aufrechterhalten werden (Meyer 2014).

Technikbasierte Assistenzsysteme können auf diese Weise wichtige psychosoziale Funktionen der Privatheit gefährden: Der Erhalt und die Entwicklung von Autonomie, Zutrauen, Besinnung, Erholung und Kreativität werden möglicherweise eingeschränkt oder erschwert (vgl. Manzeschke u. a. 2013: 16). Zwar werden technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Menschen entwickelt, deren Selbstständigkeit eingeschränkt ist, gleichwohl drängt sich die Frage auf, inwiefern solche Systeme nicht vorrangig zur Entlastung der Pflegenden eingesetzt werden. Dies ist zwar auch ein legitimes Interesse, muss aber gegen den Freiheitsverlust der Betroffenen aufgewogen werden. Der Einsatz assistiver Technologien kann zudem die Pflege rationalisieren. Dies wäre zu begrüßen, wenn dadurch bei manchen Pflegetätigkeiten Zeit eingespart werden könnte und die Pflegebedürftigen dafür an anderer Stelle mehr Zuwendung bekommen würden. Bedenklich wäre es hingegen, wenn durch den Einsatz assistiver Technologien der unerlässliche menschliche Kontakt im Versorgungssetting substituiert und insgesamt weniger würde.

Die Ausgestaltung und der Einsatz assistiver Technologien hängen auch davon ab, was als anzustrebende Lebensqualität definiert wird. Dies betrifft etwa Vorstellungen davon, was als „gesund“ gilt und in welchem Grad und in welcher Form Teilhabe stattfinden kann oder soll (Manzeschke 2013: 27f.). Dabei besteht die Gefahr, dass die Technik an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbei eingesetzt wird. So wird gegenwärtig bei der Entwicklung assistiver Technologien der Befähigung des Individuums zur Entfaltung seiner Kreativität kein hoher Stellenwert eingeräumt. Hier muss abgewogen werden zwischen den Vorteilen und den Nachteilen, die der Einsatz einer Technologie für eine Person haben kann. Damit ein sinnhafter Einsatz von AAL-Technologie stattfinden kann, sind Konflikte zwischen Ansprüchen auf Autonomie und Ansprüchen auf Fürsorge zu bewältigen und zu klären. Dabei muss berücksichtigt werden, dass das Bedürfnis nach Unabhängigkeit und die gewünschte Art der Unabhängigkeit je nach persönlichem Lebensentwurf, Lebenslage und sozialen Beziehungen unterschiedlich sind. „Im Falle aller auf persönliche Hilfe bezogenen Maßnahmen gilt [deshalb] stets auch das Prinzip einer ‚Individualisierung‘ – aus Gründen der Achtung der Person, aber auch der Heterogenität von Lebens- und Alternsprozessen in unterschiedlichen Dimensionen des Person-Seins (Kognition, Emotion, Sozialität)“ (Remmers 2014: 10f.).

Auch hinsichtlich des Datenschutzes sind technische Assistenzsysteme (insbesondere Monitoring- und Trackingsysteme) kritisch zu betrachten. Zahlreiche AAL-Anwendungen beinhalten eine Datenaufzeichnung und Datenkontrolle bezüglich des Wohnverhaltens einer Person. Verschiedene Personengruppen und Einrichtungen haben Zugriff zu diesen Daten: das Pflegepersonal, die Angehörigen, Ärztinnen und Ärzte, therapeutische Zentren oder Krankenhäuser. Es stellt sich die Frage, inwieweit dabei dem individuellen Rechtsanspruch auf den Schutz personenbezogener Daten und der informationellen Selbstbestimmung noch entsprochen werden kann. Fehlt eine angemessene Kontrolle des Datenflusses und ist die Anonymisierung der Daten unzureichend, können von den betroffenen Personen Verhaltensprofile und Persönlichkeitsprofile erstellt werden. Dies wäre ein Verstoß gegen das individuelle Recht auf Datenschutz. Auch hier ist überdies eine Güterabwägung notwendig: Verschiedene Studien zeigen, dass ältere Menschen ihre physische Sicherheit bisweilen über den Schutz ihrer Privatsphäre stellen (Beach u. a. 2009; Remmers 2014: 16; Meyer 2014: 12).

Bei der Entscheidung über den Einsatz einer bestimmten assistiven Technologie sollten deshalb immer die interpretierbaren Wünsche und Interessen der betroffenen Person sowie die Meinung urteilsmächtiger Personen ihres engsten sozialen Umfeldes beachtet werden. Technologien, die auf die künstliche Manipulation von Gefühlszuständen zielen und somit einen Täuschungscharakter haben, sind zumindest fragwürdig. Dies trifft etwa auf so genannte Therapie-Roboter zu, die künstliche Interaktion herstellen und lautsprachlich oder verhaltensreaktiv auf das Bedürfnis nach Nähe antworten. Problematisch ist ihr Einsatz vor allem dann, wenn damit in großem Umfang das eigentliche menschliche Umfeld ersetzt werden soll (Remmers 2014).

Akzeptanz technikunterstützter Wohnkonzepte

Entscheidend für die weitere Entwicklung und Verbreitung technischer Assistenzsysteme ist die Akzeptanz dieser Systeme durch die (potenziellen) Nutzerinnen und Nutzer. In Befragungen über die Einstellungen der Menschen zu technischen Assistenzsystemen zeigt sich, dass die Befragten vor allem die Sicherheit schätzen, die assistive Technologien bieten. Insbesondere wird positiv bewertet, dass mit AAL-Anwendungen Gefahrensituationen verhindert werden können, dass also zum Beispiel der Herd automatisch abgeschaltet wird oder dass beim Verlassen der Wohnung offen stehende Fenster angezeigt werden. Auch das Monitoring ihrer Vitalwerte ist den Nutzerinnen und Nutzern wichtig, besonders den über 70-Jährigen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Die Angehörigen der Nutzerinnen und Nutzer bewerten positiv, dass ein solches Monitoring von Vitaldaten an verschiedene Sicherheitsanwendungen gekoppelt werden kann. Auf diese Weise haben sie die Gewissheit, dass in Gefahrensituationen Hilfe und eine Betreuung der Betroffenen gewährleistet ist (Meyer 2014).

Insgesamt zeigt sich jedoch, dass ältere Menschen technischen Assistenzsystemen gegenüber eher wenig aufgeschlossen sind und nur wenig über die Möglichkeiten und Vorzüge der AAL-Anwendungen informiert sind. Dabei handelt es sich weniger um einen Alterseffekt als um einen Kompositionseffekt: Unter älteren Menschen ist der Anteil der Frauen höher als der Anteil der Männer, und im Durchschnitt zeigen Frauen ein geringeres Interesse an Technik als Männer. Sicherlich gibt es aber auch einen Kohorteneffekt: Die Kohorten der heute älteren Menschen haben in ihrem Lebensverlauf weniger Technikerfahrung gesammelt und zeigen daher mehr Berührungsängste als die Kohorten, die in Zukunft ins höhere Lebensalter kommen werden. So sind etwa technische Systeme, die per Tablet oder Smartphone bedient und gesteuert werden, vielen älteren Menschen nicht vertraut. Dies steht einer breiteren Akzeptanz von Assistenzsystemen entgegen (Künemund 2014; GdW 2014). Es gibt noch einen weiteren kohortenbedingten Grund für die Zurückhaltung der derzeit älteren Menschen bei technischen Assistenzsystemen: Die heute älteren Menschen haben eine stärkere Prägung hin zu Sparsamkeit und Verzicht als nachfolgende Kohorten und scheuen deshalb eher die Ausgaben für technische Assistenzsysteme (vgl. Kreikenbom und Lindner 2010: 128).

Die Akzeptanz und Bereitschaft zur Nutzung technischer Assistenzsysteme hängt auch davon ab, inwieweit die Technik die Bedürfnisse, Wünsche und Anforderungen der Nutzerinnen und Nutzer bedient und ob überhaupt ein Bedarf besteht (Künemund 2014; Abraham u. a. 2013). Ein Bedarf wird häufig erst dann gesehen, wenn die Menschen eine Situation erlebt haben, in der sie ein technisches Hilfsmittel gebraucht hätten. So werden Hausnotrufsysteme besonders dann nachgefragt, wenn es bereits zu einer Unfallsituation in der Wohnung gekommen ist. „Ältere Menschen sind nur selten bereit, sich präventiv technisch aufzurüsten" (Meyer 2014: 13). Die Akzeptanz technischer Lösungen für das selbstständige Wohnen steigt mit der Zunahme individueller Einschränkungen. Außerdem sollte die Handhabung einfach sein, mitgelieferte Informationen sollten leicht zu verstehen sein und es sollten Ansprechpartner vor Ort zur Verfügung stehen, die bei Problemen in der Handhabung der Technik Beratung und Hilfestellung leisten (Meyer 2014).

Gemessen an den technischen Möglichkeiten und den vielfältigen Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten der AAL-Industrie fehlt bisher noch der Durchbruch zu einem Markt für technische Assistenzsysteme. Zwar gibt es bei der Verbreitung von Assistenzsystemen einen Unterschied zwischen ländlichen und städtischen Regionen: Im Vergleich mit Wachstumsstädten und -regionen herrscht in peripheren ländlichen Regionen aufgrund der geringeren Bevölkerungsdichte eine größere Konkurrenz auf Seiten der Anbieter von Wohnraum. Die Wohnungsunternehmen bemühen sich deshalb, durch Wohnungsanpassungen, Dienstleistungsangebote und neue Wohnformen ihre Mieterinnen und Mieter an sich zu binden und neue Mieterinnen und Mieter zu gewinnen. Technische Assistenzsysteme sind in diesen Regionen deshalb deutlich mehr verbreitet als in Regionen und Städten mit einem angespannten Mietmarkt (Wilkes 2014). Dennoch gilt: Technische Assistenzsysteme werden nur wenig für die Alltagsbewältigung genutzt, selbst wenn sie an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst sind (etwa mit einer einfachen und intuitiven Bedienoberfläche). Bei den seit Jahren mit großem Aufwand durchgeführten Erprobungsprojekten wird „die Rechnung häufig ohne den Wirt" gemacht: Es ist noch nicht gelungen, Angebote zu entwickeln, die von Kostenträgern und Endkunden ausreichend akzeptiert werden (Meyer 2014).

Universal Design

Wenn das Design technischer Assistenzsysteme und das Produktmarketing stark auf ältere Menschen bezogen sind, besteht die Gefahr einer Stigmatisierung sowohl der Produkte als „Seniorenprodukt" als auch der älteren Nutzerinnen und Nutzer als „hilfsbedürftig" (Künemund 2014). Beides bremst die Nachfrage nach den entsprechenden Produkten. Die maßgeblichen Zielgruppen sollten nicht als „Problemgruppen" angesprochen werden, für die mit den Assistenzsystemen geeignete Lösungen bereitgehalten werden. Erst wenn technikunterstütztes Wohnen als eine Angelegenheit nicht nur für ältere, sondern für alle Menschen verstanden wird, kann eine Stigmatisierung von „Alter", die sich ansonsten aus dem Gebrauch technischer Assistenzsysteme ergeben kann, vermieden werden.

Technische Anwendungen zur Alltagserleichterung können altersgruppenübergreifend sinnvoll sein. Sicherheit ist ein Bedürfnis von Menschen in allen Lebensphasen (Meyer 2014; GdW 2014). Kommunikation und soziale Teilhabe, die durch den Einsatz von Technik erleichtert und gefördert werden können, sind Bedürfnisse aller Altersgruppen. Demnach sollten technische Assistenzsysteme und deren Nutzen für alle Altersgruppen und Lebensphasen einer breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.

Standardisierung, Finanzierung und Kooperation

Inzwischen gibt es ausreichend Erfahrung mit technischen Assistenzsystemen, sodass die Anforderungen, die sie erfüllen müssen, um marktgängig zu werden, benannt werden können: Assistenzsysteme sollten aus Modulen bestehen, die nach und nach eingebaut werden können, wenn sich mit dem Älterwerden ein entsprechender Bedarf entwickelt – Assistenzsysteme sollten also nachrüstbar und erweiterbar sein. Sie sollten mit möglichst wenig baulichem Aufwand installiert werden können. Sie müssen zuverlässig sein und möglichst ohne aufwändige Wartungen auskommen (Wilkes 2014). Insbesondere bei der Nachrüstbarkeit, aber auch bei der Zuverlässigkeit wurde schon viel erreicht. Hinsichtlich der folgenden drei Herausforderungen müssen noch innovative und kreative Lösungen entwickelt werden:

(1) Interoperabilität schaffen. Das Angebot an technischen Assistenzsystemen ist mittlerweile groß und auch entsprechend unübersichtlich. Damit passend zu individuellen Bedarfen maßgeschneiderte Lösungen zusammengestellt werden können, sollten die einzelnen Komponenten der verschiedenen angebotenen Assistenzsysteme miteinander kombiniert werden können. Aufgrund der Vielzahl der angebotenen Systeme und wegen fehlender technologischer Standards ist dies jedoch selten der Fall. Eine Kombination von Elementen aus verschiedenen Systemen ist schwierig und technisch aufwändig. Faktisch werden derzeit vor allem „Insellösungen" angeboten – „Immerhin scheint bei den Anbietern technischer Assistenzsysteme die Erkenntnis zu wachsen, dass sich Insellösungen auf dem Markt nicht durchsetzen werden" (Wilkes 2014: 9). Eine Einigung auf gemeinsame Standards für technische Assistenzsysteme ist deshalb dringend nötig.

(2) Geschäfts- und Finanzierungsmodelle entwickeln. Viele Assistenzsysteme sind in Modellversuchen gut erprobt, werden allerdings im Regelbetrieb kaum eingesetzt. Dies liegt auch daran, dass es noch an guten Geschäfts- und Finanzierungsmodellen mangelt. Der Einbau und der Unterhalt dieser Systeme verursacht natürlich Kosten, die keiner der in Frage kommenden Akteure (Wohnungsunternehmen, private Vermieter, Mieter, Kommunen, Pflegekassen, Krankenkassen, KfW) alleine tragen will oder kann. Alles in allem sollten die Kosten des Einsatzes technischer Assistenzsysteme idealerweise auf mehrere Schultern verteilt werden: Mieter, Vermieter (Wohnungswirtschaft oder private Vermieter), die Sozialversicherungsträger und der Staat sollten auch bei der Finanzierung zusammenwirken. So könnten etwa bestimmte Systeme in den Leistungskatalog der Pflege- oder Krankenkassen aufgenommen werden.

(3) Ganzheitliche Konzepte altengerechten Wohnens entwickeln. Isoliert über die Nutzung und den Einbau technischer Assistenzsysteme in Wohnungen nachzudenken greift zu kurz, denn technische Assistenzsysteme sind nur ein Element des altengerechten Wohnens. Zum altengerechten Wohnen gehört auch, dass die Wohnung und das Wohnumfeld möglichst barrierereduziert oder gar barrierefrei gestaltet sind. Außerdem sollten gerade die technischen Assistenzsysteme mit entsprechenden Dienstleistungsangeboten einhergehen. Die Möglichkeiten der Datenübertragung und der Kommunikation, die sich durch technische Assistenzsysteme ergeben, könnten auch für Informations- und Dienstleistungsangebote der Wohnungsunternehmen genutzt werden. Konzepte für solche Gesamtpakete zu entwickeln, bedeutet auch, viele verschiedene Akteure an einen Tisch zu bringen und zwischen ihnen eine Abstimmung zu erreichen. AAL-Unternehmen, Unternehmen der Wohnungswirtschaft, Unternehmen der Bauwirtschaft, die verschiedenen Gewerke, Planungs- und Architekturbüros, Sozialversicherungsträger, Kommunen, Anbieter von Pflege- und Haushaltsdiensten, Wohlfahrtsverbände und andere sollten stärker miteinander kooperieren und gemeinsam an umfassenden Konzepten und Lösungen arbeiten (Meyer 2014: 14). Ohne eine interdisziplinäre Strategie und die Entwicklung von tragfähigen Geschäftsmodellen wird die Verbreitung technischer Unterstützungssysteme in Deutschland nicht vorankommen.

Insgesamt zeigt sich auch in diesem Bereich, wie wichtig Vernetzung und Kooperation sind: Die Entwicklung einheitlicher Standards für technische Assistenzsysteme erfordert eine Abstimmung zwischen den Unternehmen, die AAL-Produkte entwickeln. Die regelmäßige Implementation von AAL-Anwendungen verursacht Kosten, die nur durch eine Ko-Finanzierung durch verschiedene Akteure zu bewältigen sind – hierfür müssen in der Kooperation dieser Akteure Finanzierungsmodelle entwickelt werden. Und auch die Kombination von baulichen Anpassungsmaßnahmen, dem Einbau technischer Assistenzsysteme und dem Angebot von sozialen und sonstigen Dienstleistungen erfordert das koordinierte Zusammenwirken einer Vielzahl von Akteuren.

8.4.4 Mobilität und Erreichbarkeit auch bei Einschränkungen

Die Mobilität älterer Menschen sowie ihre Erreichbarkeit haben für die Einbindung in soziale Netze und für gegenseitige Unterstützung eine große Bedeutung. Sozialer Austausch ist in einem hohen Maße an Anwesenheit gebunden. Wenn Menschen an einem Ort zusammenkommen, um gemeinsamen Aktivitäten nachzugehen, hat dies immer auch mit Mobilität zu tun. So zeigt eine Untersuchung von Wilde (2014), dass für ältere Menschen auf dem Land das wichtigste Motiv für Mobilität ist, sich mit anderen Familienmitgliedern sowie mit Nachbarn und Freunden zu treffen – die Versorgung mit Gütern des alltäglichen Bedarfs steht dabei erst an zweiter Stelle (Wilde 2014). Auch in der Generali-Hochaltrigkeitsstudie (Kruse und Schmitt 2015a; Kruse und Schmitt 2015b) wurde deutlich, dass viele ältere Menschen die Pflege ihrer sozialen Kontakte in eine enge Beziehung zu ihrer eigenen Mobilität setzen. Ein Großteil der in der Studie ausführlich interviewten 85-jährigen und älteren Frauen und Männer betonten, dass sie aufgrund eingeschränkter Mobilität größere Probleme haben, andere Menschen aufzusuchen oder sich in öffentliche Räume zu begeben, in denen sie sich mit anderen Menschen austauschen können. Zugleich äußern sie die Hoffnung und Erwartung, dass Menschen zu ihnen kommen können und dass eine altersfreundliche öffentliche Nahverkehrsstruktur geschaffen wird, die es ihnen ermöglicht, Angehörige, Freunde und Bekannte zu besuchen (Kruse u. a. 2014). Mobilität und Erreichbarkeit sind nicht nur für die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen wichtig, sondern auch für das Sozialleben und die Teilhabe älterer Menschen.

Diese Befunde unterstreichen die Notwendigkeit, „ältere Menschen bei der Bewältigung ihrer Mobilitätsprobleme zu unterstützen und die Umwelt so zu gestalten, dass sie so lange wie möglich mobil bleiben können“ (Limbourg 2015: 77). Dementsprechend lautet die Leitfrage für diesen Abschnitt: Was kann auf der lokalen Ebene dafür getan werden, damit ältere Menschen auch bei gesundheitlichen Einschränkungen mobil und erreichbar bleiben?

Den Verkehr und den öffentlichen Raum alternsgerecht gestalten

Planungsgrundlage für die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Verkehrs- und Freiraumes ist seit Dezember 2014 die DIN 18040 Teil 3: In dieser sind die Anforderungen festgehalten, die beachtet werden müssen, wenn im öffentlichen Verkehrs- und Freiraum Barrierefreiheit hergestellt werden soll. In der DIN 18040 Teil 3 geht es unter anderem um

- Gehwege,
- Überquerungsstellen,
- Anlagen zur Überwindung von Höhenunterschieden,
- Parkplätze,
- ÖPNV,
- öffentliche Toiletten.

Alte Menschen sind häufig zu Fuß oder mit dem Fahrrad unterwegs. Wenn der Verkehrsraum so gestaltet wird, dass das Fahrradfahren und das Gehen möglichst sicher und einfach sind, dann ist Fußgängern und Fußgängerinnen sowie Fahrradfahrerinnen und Fahrradfahrern aller Altersgruppen geholfen, insbesondere jedoch den älteren Menschen. Entsprechende sinnvolle Maßnahmen zur Gestaltung des öffentlichen Raumes werden etwa bei Limbourg (2015) beschrieben. Generell sind für ältere Menschen Zugänglichkeit und Barrierefreiheit sowie eine Verlangsamung und Vereinfachung des Verkehrs hilfreich: „Entzerrungs- und Entflechtungsmaßnahmen können maßgebend zu einer Erhöhung der Verkehrssicherheit und damit zur Mobilitätssicherung bis ins hohe Alter beitragen“ (Ackermann und Gerlach 2005: 137f.; Limbourg 2015; vgl. Schlag und Beckmann 2013: 24).

Um für ältere Menschen Verbesserungen im Straßenverkehr zu erreichen, ist weniger eine grundlegende Anpassung des verkehrstechnischen Regelwerks erforderlich, als vielmehr eine angemessene Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen in den Planungs- und Entscheidungsprozessen: Die „Straßenverkehrstechnik kann erheblich dazu beitragen, Mobilität und Verkehrssicherheit für ältere Menschen zu gewährleisten. Dazu ist es erforderlich, die Belange älterer Menschen bei der Planung, der Realisierung und dem Betrieb verkehrstechnischer Anlagen stärker in den Vordergrund zu stellen“ (Engeln und Moritz 2013: 249f.). Die Möglichkeiten, auf eine abnehmende Seh- und Hörfähigkeit, eine beeinträchtigte Orientierung im Raum oder eine Verminderung von Geschwindigkeit zu reagieren, sind bekannt. Bei der Gestaltung des Verkehrsraumes, die auch Menschen mit

Beeinträchtigungen Mobilität ermöglicht, gibt es deshalb auch kein Wissensdefizit, sondern eher ein Umsetzungsdefizit: „viele Instrumente zur alten- und behindertengerechten Planung [sind] schon lange entwickelt, dokumentiert und bekannt […]. Es mangelt vielmehr an der Sensibilisierung von Entscheidungsträgern und Planern und der konsequenten Umsetzung entsprechender Maßnahmen“ (Ackermann und Gerlach 2005: 153).

Neben der mobilitätsfördernden Gestaltung des Verkehrsraumes gehört es zu den Standardaufgaben der Unternehmen des öffentlichen Nahverkehrs, die öffentlichen Nahverkehrsmittel barrierefrei zu gestalten. Dabei sollte der Busverkehr beachtet werden, denn der Bus ist das Verkehrsmittel, das beim Wechsel von der Individualmobilität zum ÖPNV häufig genutzt wird (für eine Übersicht über Möglichkeiten zur barrierefreien Gestaltung des ÖPNV vgl. Sieger und Hintzke 2005).

Mobilitätsunterstützende Dienstleistungen anbieten

Der Einsatz von Hilfsmitteln (Aufzüge, Treppenlifte, Rollatoren, Gehstöcke, Elektro-Scooter oder Rollstühle) kann zur Verbesserung der individuellen Mobilitätssituation beitragen (Hieber u. a. 2006: 83ff.). Mit zunehmendem Alter nimmt die Nutzung von Hilfsmitteln deutlich zu. Bei den 80- bis 85-Jährigen nutzt bereits mehr als jede dritte Person einen Gehstock, Rollator oder ein anderes Hilfsmittel (Generali Zukunftsfonds 2012: 305).

Für die Kommunen kommt es allerdings eher in Betracht, mobilitätsunterstützende Dienstleistungen anzubieten. Viele kommunale oder regionale Verkehrsbetriebe haben etwa einen Begleitdienst für Menschen mit Beeinträchtigungen eingerichtet: „Um sich im öffentlichen Verkehr zurechtzufinden und wohlzufühlen, brauchen manche ältere Menschen nicht nur eine Schulung, sondern auch eine individuelle Begleitung. Diese kann Starthilfe für den Neueinstieg in den ÖPNV leisten, aber auch regelmäßige Hilfe geben“ (VCD 2013).

Menschen, die Zeit ihres Lebens selbst Auto gefahren sind, tun sich schwer, auf den ÖPNV umzusteigen, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr Auto fahren können. An solche Menschen richten sich ÖPNV-Schulungen oder Busschulen, die in manchen Städten und Gemeinden angeboten werden. In diesen Schulungen werden die meist älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Benutzung des ÖPNV (faktisch ist dies vor allem das Busfahren) eingeführt (Limbourg und Matern 2009). „Mit speziellen Mobilitätstrainings möchten viele Verkehrsverbünde älteren Menschen grundlegende Informationen zum ÖPNV vermitteln und Tipps für Ausflüge mit dem Bus geben. Darüber hinaus sollen die Hemmschwellen des Busfahrens durch das Bussicherheitstraining abgebaut werden. Neben dem ‚Funktionieren‘ des Busfahrens geht es auch um Fragen zum sicheren Verhalten im Öffentlichen Personennahverkehr“ (VCD 2013).[60]

Vor allem auf dem Land können Bürgerbusse oder Seniorentaxis einen großen Beitrag zur Mobilität älterer Menschen leisten. In kleinen Orten, in denen Möglichkeiten zur Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen in zumutbarer Entfernung fehlen, ist die Sicherung der Mobilität in Form von Fahrten zu den Versorgungszentren und zur Gesundheitsversorgung eine zentrale Voraussetzung zur Sicherung der Lebensqualität im Alter. Dies kann durch organisierte Nachbarschaftshilfen und flexible, selbstorganisierte Mobilitätsangebote realisiert werden.

Nahtlose Mobilitätsketten schaffen

Wer in ländlichen Räumen keinen eigenen PKW nutzen kann, hat häufig Schwierigkeiten, Angebote oder Einrichtungen zu erreichen. Dies trifft insbesondere auf ältere Menschen ohne PKW zu, die auf Hilfe aus ihren sozialen Netzwerken oder auf den ÖPNV angewiesen sind, um längere Strecken zurückzulegen. Was den ÖPNV angeht, so wird für ländliche Gebiete eine vielversprechende Strategie darin gesehen, klassische Linienbusse mit Rufbussen, Anruf-Sammeltaxis, Leih-E-Bikes und anderen öffentlichen Verkehrsmitteln zu kombinieren. Noch weiter geht der Vorschlag, den „öffentlichen“ und den „privaten“ Verkehr miteinander zu verzahnen (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2015). Damit werden nicht nur verschiedene Verkehrsmittel, sondern auch verschiedene Formen der Erbringung von mobilitätsbezogenen Dienstleistungen miteinander kombiniert.

Allerdings ist das Verkehrsverhalten in der Regel durch ein hohes Maß an Routine und Habitualisierung gekennzeichnet. Viele Menschen tun sich schwer, ihr Verkehrsverhalten zu verändern und von einem bislang bevorzugten Verkehrsmittel auf andere Verkehrsmittel umzusteigen. Vonseiten der Politik kann dies unterstützt werden, indem durch die Verkehrsplanung verschiedene Verkehrsangebote und damit Auswahlmöglichkeiten bereitgehalten werden. Damit ist es jedoch nicht automatisch getan: „Neben Alternativen der Bewegung sind begleitende

[60] Zahlreiche Beispiele für mobilitätsunterstützende Dienstleistungen finden sich auf der Internetseite http://www.bagso.de/aktuelle-projekte/klimavertraeglich-mobil-60/gute-beispiele.html (Zugriff am 2. Oktober 2015).

Maßnahmen gefragt, die es den Menschen ermöglichen, alternative Verkehrsangebote in eine neue Mobilitätsstrategie zu überführen und als Hauptstrategie zu adaptieren“ (Wilde 2014: 155).

Wenn für einen Weg verschiedene Verkehrsmittel kombiniert werden sollen, werden bei der Verkehrsplanung die zeitlichen und räumlichen Schnittstellen zwischen den verschiedenen Verkehrsmitteln immer wichtiger. Bei älteren Menschen rückt dabei auch der Übergang zwischen der Wohnung und dem Wohnumfeld oder dem nächsten ÖPNV-Anschluss in den Blick. Selbst eine barrierefreie Wohnung kann ungeeignet sein, wenn sie etwa nur über einen Treppenaufgang erreichbar ist. Und wenn ein Mensch, der schlecht zu Fuß ist, zwar seine Wohnung verlassen kann, dann aber 1.000 m bis zur nächsten Bushaltestelle gehen muss, stellt das auch eine Barriere dar. Eine Politik zur Sicherung von Mobilität im Alter sollte „nahtlose Mobilitätsketten“ schaffen (BMBF 2010).

Ein kommunales Mobilitätsmanagement für ältere Menschen einrichten

Eine wirksame Förderung der Mobilität älterer Menschen geht über die physische Gestaltung des öffentlichen Raumes und Barrierefreiheit hinaus. Erst koordinierte Maßnahmen aus den Bereichen Sozialpolitik, Stadt- und Verkehrsplanung sowie Technikentwicklung, in Kombination mit sinnvollen Dienstleistungsangeboten, führen dazu, dass die Mobilität älterer Menschen wirksam erhalten werden kann. Maßnahmen in einem Bereich alleine reichen nicht aus, „vielmehr sind Bemühungen auf den verschiedensten Ebenen sowie eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure dringend erforderlich“ (Hieber u. a. 2006: 189). Mit einem kommunalen Mobilitätskonzept und Mobilitätsmanagement für ältere Menschen können die Anforderungen an die verschiedenen betroffenen Handlungsfelder und Akteure in den Blick genommen und das Zusammenwirken der verschiedenen Leistungen gesteuert werden. Die Lenkungsfunktion bei der Abstimmung der Handlungsfelder und der Kooperation der Akteure kommt der Kommune zu. Voraussetzung dabei ist, dass schon innerhalb der kommunalen Verwaltung ressortübergreifend agiert wird.

Ziel eines kommunalen Mobilitätsmanagements für ältere Menschen ist die „Bestandsaufnahme der Mobilitätsprobleme für Ältere in der Gemeinde (durch Befragungen, Ortsbegehungen und Senioren-Veranstaltungen) und die anschließende Suche nach Lösungsmöglichkeiten für die bestehenden Probleme“ (Limbourg 2015: 94). Dies sollte in partizipativen Projektentwicklungsprozessen zusammen mit den älteren Menschen vor Ort und „allen an der Verkehrsraumgestaltung und an der Verkehrssicherheitsarbeit beteiligten örtlichen Institutionen“ umgesetzt werden (ebd.). Ein Mobilitätsmanagement für ältere Menschen kann zwar von einer Kommune auf den Weg gebracht werden, erfordert in der Regel jedoch die Zusammenarbeit mehrerer Kommunen in einer Region (interkommunale Kooperation).

Das Netzwerk „Verkehrssichere Städte und Gemeinden im Rheinland“ war eines der ersten Netzwerke, das sich auf diese Weise systematisch mit der Mobilität älterer Menschen befasst und einen Leitfaden für ein kommunales Mobilitätsmanagement für ältere Menschen entwickelt hat (Netzwerk „Verkehrssichere Städte und Gemeinden im Rheinland“ 2011). In der Regel sollte ein Mobilitätskonzept oder ein Mobilitätsmanagement für ältere Menschen ein Aspekt eines umfassenden Mobilitätskonzepts und Mobilitätsmanagements sein.

Anlässe und Gelegenheiten für Mobilität schaffen

Mobilität ermöglicht es den Menschen, an bestimmte Orte zu gelangen und dort etwas zu tun: etwas zu besorgen, zu erledigen oder andere Menschen zu treffen. Zur Mobilitätspraxis gehören also neben Akteuren und Bewegungen auch Anlässe und Motive. Wenn nicht nur sichergestellt werden soll, dass ältere Menschen sich fortbewegen können, sondern auch erreicht werden soll, dass ältere Menschen dies tatsächlich tun, dann sollten Anlässe und Gelegenheiten zur Aktivität und Mobilität erhalten und geschaffen werden. Mobilität unter dem Gesichtspunkt sozialer Teilhabe zu sehen impliziert also, dass neben der Erreichbarkeit und der Fortbewegung auch der dazugehörige Anlass in den Blick genommen wird.

Möglichkeiten zur Nahversorgung, Dienstleistungsangebote und Freizeitangebote im näheren Wohnumfeld haben eine große Bedeutung für die Mobilität und die Interaktionsmöglichkeiten älterer Menschen. Ideal sind kleinräumig verteilte, dezentrale Angebote oder Einkaufsmöglichkeiten, die auch von denjenigen Menschen zu Fuß erreicht werden können, die keine weiten Strecken mehr zurücklegen können. Geschäfte, Kioske, Friseurläden und Arztpraxen bieten nicht nur Produkte und Dienstleistungen an, sondern haben auch eine soziale Funktion: Hier finden Begegnungen statt. Für viele Menschen sind Einkäufe und Erledigungen zugleich Gelegenheiten für den sozialen Austausch (vgl. Abschnitt 1.4.5 in diesem Bericht).

Zwar haben Kommunen nur begrenzte Möglichkeiten, Einfluss auf die marktgesteuerte Versorgungsinfrastruktur zu nehmen. Sie können jedoch ihre Spielräume im Leistungs- und Ordnungsrecht nutzen, um eine dezentrale und kleinräumige Versorgungsinfrastruktur zu fördern. Auf diese Weise kann einem Trend zur Zentralisierung und Verlagerung von Einkaufsmöglichkeiten an den Stadtrand entgegengewirkt werden: „Es gibt auch Erfahrungen, dass es gelungen ist, im Kontakt mit den jeweiligen Unternehmen Korrekturen zu erreichen. Ein wichtiges Instrument hierfür ist die Bauleitplanung“ (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2006: 10). Zum anderen können Kommunen alternative Versorgungskonzepte unterstützen. Hier ist beispielhaft die Dorf- oder Quartiersladenbewegung zu nennen, die eine bedarfsgerechte Nahversorgung bieten kann (BMVBS 2013). Allerdings lohnen sich derartige Einrichtungen meist erst ab einer Einwohnerzahl von mindestens 1.000 im Ort; in kleineren Kommunen bewähren sich eher mobile Dienste und Lieferservices (BMVBS 2013: 29).

8.4.5 Nachbarschaftliche Beziehungen und die Gestaltung von Sozialräumen

Seit einigen Jahren wird in sozialpolitischen und speziell pflegepolitischen Debatten verstärkt das in Nachbarschaften vorhandene oder vermutete Potenzial für Hilfe und Unterstützung thematisiert. Hintergrund dessen ist die Beobachtung, dass aufgrund des sozialen Wandels die Unterstützung und Pflege älterer Menschen durch Angehörige schwieriger zu realisieren und weniger selbstverständlich ist (vgl. Kapitel 7 in diesem Bericht). Die Unterstützung und Hilfe in nachbarschaftlichen Beziehungen wird als Baustein eines neu und ganzheitlich gestalteten Pflegewesens gesehen. Eine umfassende Pflegereform müsse deshalb auch „die Ressourcen im umgebenden Sozialraum [stärken], damit häusliche Pflege und Versorgung auch bei fehlenden familiären Hilfen möglich bleiben“ (Engelmann u. a. 2015: 158).

Gemäß der Themenstellung des Siebten Altenberichts liegt in diesem Abschnitt das Augenmerk nun darauf, wie durch die Gestaltung von Stadtteilen, Quartieren, Dörfern und Siedlungen die gegenseitige Unterstützung und Sorge innerhalb von Nachbarschaften gestiftet und gestützt werden kann. Diese Aufgabenstellung hat die folgende Erkenntnis zur Voraussetzung: Gegenseitige Hilfe und Unterstützung in der Nachbarschaft und ein lebendiges Sozialleben im Stadtteil, Quartier, Dorf oder in der Siedlung sind keine Selbstverständlichkeiten. Sicherlich kann sich mancherorts eine „gute Nachbarschaft“ auch von selbst entwickeln. Ansonsten gilt jedoch: „Nachbarschaften müssen oft erst gestiftet oder ‚wiederbelebt‘ und Begegnungsorte geschaffen werden“ (MGEPA 2013: 13). Kommunen und andere relevante Akteure der lokalen Politik sollten deshalb entsprechende Maßnahmen auf den Weg bringen und die Voraussetzungen für lebendige Nachbarschaften schaffen.

Unterstützung und Hilfe innerhalb der Nachbarschaft

Der Austausch sowie die Hilfe und Unterstützung zwischen Menschen, die räumlich nahe beieinander wohnen, findet in zwei Grundformen statt: (a) als informeller Austausch von Hilfen und Informationen zwischen Nachbarinnen und Nachbarn und (b) als formal organisierte Nachbarschaftshilfe.

a) Informelle Nachbarschaftshilfe

Hilfe und Unterstützung zwischen direkten Nachbarinnen und Nachbarn umfasst drei Formen: erstens kleine und kurzfristige instrumentelle Hilfen im Alltag, zweitens alltagsrelevante Informationen und Ratschläge sowie drittens emotionale Unterstützung:

- Die typische und häufigste Unterstützungsform innerhalb der Nachbarschaft sind kleine, spontan erbringbare, kurzfristig anfallende, wenig anspruchsvolle Aktivitäten. Oft werden Nachbarinnen und Nachbarn in unvorhergesehenen Fällen um Hilfe gebeten, wenn schnell ein relativ geringes Maß an Unterstützung benötigt wird. Beispiele für solche instrumentellen nachbarschaftlichen Hilfen sind: Aushelfen mit fehlenden Lebensmitteln, Geräten oder Werkzeugen, kleinere Einkäufe mit erledigen, Pflanzen versorgen bei Abwesenheit, Handwerker oder Besuch in die Wohnung lassen, kurzes und kurzfristiges Kinderhüten.
- Daneben ist auch der Austausch von Informationen und Ratschlägen ein wesentlicher Teil gegenseitiger nachbarschaftlicher Unterstützung. Dies betrifft nicht nur den „Klatsch“ und dessen positive Variante der sozialen Eingebundenheit in örtliche Begebenheiten, sondern Fragen und Entscheidungen im Rahmen der Alltagsorganisation. Studien zeigen, dass die Anzahl der sozialen Kontakte innerhalb der Nachbarschaft positiv mit der Verbreitung von Informationen korreliert (Heidbrink u. a. 2009).

- Regelmäßige Kontakte in der Nachbarschaft steigern das Wohlbefinden und reduzieren das Gefühl der Einsamkeit und der Isolation. Es gilt als empirisch gesichert, „dass allein das Vorhandensein stabiler nachbarlicher Kontakte und die soziale Integration in den unmittelbaren wohnnahen Bereich […] eine unterstützende Wirkung haben“ (Günther 2005: 432).

Das konstitutive Merkmal informeller nachbarschaftlicher Hilfe ist die Unverbindlichkeit. Es entspricht nicht dem Wesen nachbarschaftlicher Beziehungen, kontinuierliche und verbindliche Unterstützung zu tragen. Pflegerische Unterstützungsleistungen, die einen verbindlicheren Charakter haben und einen engen Kontakt mit sich bringen, werden von den Nachbarn oder Nachbarinnen nicht erwartet und auch nicht gewollt (Brendebach und Reimann 2013). Es wird deshalb davor gewarnt, sich von nachbarschaftlichen Netzwerken eine Kompensation wegfallender Leistungen von Familienangehörigen zu erwarten (Wintergerst 2014). Dennoch können die Hilfen, die Nachbarn und Nachbarinnen untereinander erbringen, im Mix der verschiedenen Unterstützungsleistungen für ältere Menschen ihren Platz haben: Der große Vorteil der Nachbarschaftshilfe ist gerade ihre räumliche Nähe, ihre Niedrigschwelligkeit, ihre sofortige Verfügbarkeit und ihre Selbstverständlichkeit (Beetz 2012).

Die lokale Politik hat nur begrenzte Möglichkeiten, nachbarschaftliche Beziehungen zu stiften oder aufzubauen. Im Gegenteil: Die Menschen neigen dazu, ihre nachbarschaftlichen Beziehungen vor Außenstehenden zu schützen und sie einer Beeinflussung von außen zu entziehen (Beetz 2012). Die Politik kann jedoch förderliche Rahmenbedingungen für das Gedeihen von Nachbarschaften schaffen und die öffentlichen Räume in den Quartieren, Stadtteilen, Dörfern oder Siedlungen so gestalten, dass Begegnungen, Austausch und Kontakt zwischen den dort lebenden Menschen erleichtert und wahrscheinlicher werden (vgl. unten: Orte der Begegnung schaffen).

b) Formal organisierte Nachbarschaftshilfe

Nachbarschaftshilfen sind Organisationen zur Vermittlung von freiwilligem Engagement innerhalb einer Stadt, eines Stadtteils, Quartiers oder Dorfes. Die Entstehungsgeschichte, die Organisationsform, die Trägerschaft sowie die Größe und Reichweite der verschiedenen Nachbarschaftshilfen können sehr unterschiedlich sein. So kann die Trägerschaft bei Kommunen, Wohlfahrtsverbänden, Vereinen, Wohnungsgesellschaften, kirchlichen Einrichtungen, Genossenschaften oder Stiftungen liegen. Nachbarschaftshilfen haben zum Ziel, schnell und unkompliziert alltagspraktische Unterstützung und Hilfe innerhalb eines begrenzten Raumes zu vermitteln und dadurch Menschen im Alltag zu entlasten und zu unterstützen. Vermittelt werden Hol- und Bringdienste, Einkaufsdienste, kleine handwerkliche Hilfen, Hilfe im Garten, Schneeräumen, Begleitdienste, gemeinsame Freizeitaktivitäten, Beratung, Haustierbetreuung, Besuchsdienste, Fahrtdienste, Kinderbetreuung, Hilfe bei Anträgen oder bei der Kommunikation mit Behörden (BaS 2015). Ältere Menschen sind nicht die einzige, aber doch eine große Zielgruppe der Nachbarschaftshilfen, sowohl als Hilfeleistende als auch als Hilfebedürftige. Im Gegensatz zur informellen Nachbarschaftshilfe sind die helfende Person und die hilfeempfangende Person nicht notwendigerweise miteinander bekannt.

In der Regel hat jede Nachbarschaftshilfe-Organisation ein Büro, von dem aus die Hilfeleistungen vermittelt werden. Hier gehen die Angebote für und die Anfragen nach Hilfeleistungen ein. Die Arbeit in dieser Koordinierungsstelle kann hauptamtlich oder als freiwilliges Engagement (und dabei wiederum mit oder ohne Aufwandsentschädigung) geleistet werden. Die Hilfeleistungen wiederum werden als freiwilliges Engagement erbracht (mit oder ohne Aufwandsentschädigung).

Es kann nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden, dass die Selbstorganisation von Bürgern und Bürgerinnen, etwa in der organisierten Nachbarschaftshilfe, aber auch in Seniorengenossenschaften oder in Bürgerhilfevereinen, ohne Hilfe „von außen“ auskommt. Vielmehr benötigen solche Formen der Selbstorganisation in der Regel Anstöße, Förderung und Unterstützung auch durch die Kommune (Alisch und Ritter 2015). In Bezug auf die organisierte Nachbarschaftshilfe können Kommunen eine Menge tun: Sie können die Trägerschaft für organisierte Nachbarschaftshilfe übernehmen, die Nachbarschaftshilfe-Organisationen finanziell mit einer Anschubfinanzierung und/oder mit dauerhaften Zuschüssen unterstützen, Räumlichkeiten für ein Büro sowie die Büroausstattung bereitstellen, Initiativen von Bürgern und Bürgerinnen moderieren und begleiten, Beratung hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen leisten und den Nachbarschaftshilfe-Organisationen bei der Öffentlichkeitsarbeit helfen. Da organisierte Nachbarschaftshilfe im Grunde nichts anderes ist als die Vermittlung freiwilliger alltagspraktischer Hilfen zwischen räumlich nahe beieinander wohnenden Menschen, können sich auch hier Maßnahmen der lokalen Politik zur Förderung des freiwilligen Engagements auswirken. Wenn freiwilliges Engage-

ment oder zumindest ein ausreichendes Potenzial für Engagement vor Ort vorhanden ist, sollten Kommunen dieses Engagement begleiten und ausbauen und eine Aufgabenverteilung zwischen der Kommune und den engagierten Bürgerinnen und Bürgern aushandeln.

Orte der Begegnung schaffen und erhalten

Es ist mit statistischen Mitteln schwer zu erklären, warum manche Nachbarschaften gut und manche nicht so gut funktionieren. Lediglich die Kontakthäufigkeit zwischen den Nachbarn hat statistisch nachweisbare Effekte auf die gegenseitige Unterstützung (Seifert 2014). Soziale Beziehungen setzen voraus, dass es Begegnungen und Interaktionen gibt, dies ist bei nachbarschaftlichen Beziehungen nicht anders als bei Beziehungen in anderen Kontexten. Menschen müssen Gelegenheiten haben, sich zu treffen und auszutauschen. Begegnungen und Austausch zwischen den Menschen in einem Stadtteil, Quartier, einer Siedlung oder in einem Dorf können gefördert werden, indem der öffentliche Raum so gestaltet wird, dass sich die dort wohnenden Menschen gerne in ihm aufhalten.

Die Erreichbarkeit entsprechender sozialer Orte und die Barrierefreiheit sind dabei zentrale Aspekte und eng mit Mobilität verbunden. Der öffentliche Raum sollte so gestaltet sein, dass Mobilitätseinschränkungen nicht benachteiligend wirken. Wolter (2013) plädiert dafür, bei der Gestaltung öffentlicher Räume nicht nur Mobilität zu fördern, sondern auch Immobilität, Langsamkeit und verschiedene Geschwindigkeiten zuzulassen. Dies bedeutet: „In öffentlichen Räumen sollten daher immer auch ausreichend Sitzgelegenheiten und attraktive Orte der Ruhe vorgesehen werden, um Pausen zu ermöglichen und die Gelegenheit sich zu orientieren und zu beobachten. Gleichzeitig funktionieren die Räume damit als soziale Treffpunkte in einer Nachbarschaft“ (Wolter 2013: 205).

Dezentrale Versorgungseinrichtungen (z. B. Lebensmittelgeschäfte, Kioske, Bäckereien) oder Freizeitangebote (z. B. Kneipen, Gaststätten, Eisdielen, Boule-Plätze) haben neben ihrer jeweiligen primären Funktion auch eine sekundäre Funktion als Orte für Begegnungen, Austausch und Kommunikation (vgl. Abschnitt 8.4.4 in diesem Bericht). Es ist deshalb eine wesentliche kommunale Aufgabe, in den Quartieren, Siedlungen und Dörfern eine dezentrale und kleinräumig verteilte Infrastruktur für Versorgung und Freizeit sicherzustellen. Nur so ist es älteren Menschen möglich, notwendige Versorgungs- und Dienstleistungen einschließlich Pflege und Betreuung innerhalb ihres Wohnortes in für sie erreichbaren Distanzen zu erhalten sowie in der Umgebung ihrer Wohnung soziale Kontakte zu erleben und zu pflegen.

In vielen Dörfern und kleinen Gemeinden, häufig in peripheren, ländlich strukturierten Gebieten, wurden in der Vergangenheit Versorgungsangebote (Waren und Dienstleistungen) abgebaut. Dort, wo es Versorgungs- und Freizeitangebote und damit auch Begegnungsorte gibt, müssen sich die Kommunen dafür einsetzen, diese zu erhalten. In vielen kleinen Ortschaften gibt es jedoch keinen Einzelhandel (Bäckerei, Metzgerei, Gemischtwarenhandel), kein Postamt, keine Bankfiliale, kein Café oder keine Gaststätte mehr. Diese Entwicklung ist nicht nur im Hinblick auf die Versorgung mit Waren und Dienstleistungen problematisch, sondern auch in sozialer Hinsicht: „Mit dem Rückzug von Einzelhändlern, Postämtern usw. verlieren die betroffenen Gemeinden nicht nur Versorgungseinrichtungen, sondern auch Orte der Begegnung, Kommunikation und sozialen Teilhabe“ (Hercksen 2013: 30). In zahlreichen Dörfern und kleinen Gemeinden wurden daraufhin sogenannte Dorfläden gegründet. Diese neuen Dorfläden gehen in der Regel auf die Initiative und das freiwillige Engagement von Bürgerinnen und Bürgern zurück. Der Aufbau der Dorfläden wird häufig von Bürgerinnen und Bürgern selbst finanziert, die Läden werden in Eigenregie betrieben. In der Regel sind sie von vornherein nicht als reine Verkaufsorte, sondern auch als Treffpunkt und Begegnungsstätte konzipiert (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2015: 43ff.).[61]

Kommunen können entsprechende Initiativen von Bürgern und Bürgerinnen unterstützen, indem sie Kontakte vermitteln, Beratung und Moderation anbieten, Räume zur Verfügung stellen oder bei der Suche nach geeigneten Räumen helfen. Beratung ist vor allem hinsichtlich der Fördermöglichkeiten und der rechtlichen Rahmenbedingungen sinnvoll.

An vielen Orten gibt es kommunal betriebene öffentliche Begegnungsstätten wie Stadtteilzentren, Seniorenfreizeiteinrichtungen oder Nachbarschaftshäuser, deren primäre Funktion darin besteht, Austausch, Kontakt, Kommunikation und Vernetzung zu ermöglichen. Auch hier sollte sichergestellt werden, dass durch bauliche Maßnahmen, Moderation und Begleitung eine breite Nutzung durch unterschiedliche Gruppen und Menschen möglich ist (Strube u. a. 2015).

---

[61] Beispiele für die Gründung und Bewirtschaftung von Dorfläden finden sich bei Hercksen (2013), zahlreiche Berichte und Informationen rund um Dorfläden bietet die Website www.dorfladen-netzwerk.de.

Strukturen der Sozialraum- und Gemeinwesenarbeit entwickeln

Die klassische Arbeit mit älteren Menschen baut auf sogenannten Komm-Strukturen auf. Dies bedeutet: Die Träger halten Angebote vor (z. B. die Kirchengemeinde einen Seniorennachmittag, der Wohlfahrtsverband eine Beratungsstelle, die Kommune und die Pflege- und Krankenkassen einen Pflegestützpunkt) – die Menschen, die diese Angebote nutzen wollen, müssen von ihnen wissen, sie aufsuchen (sie müssen zu den Angeboten kommen, deshalb „Komm-Strukturen“) und gegebenenfalls ihr Anliegen oder ihre Fragen vortragen. Menschen, die gut in das soziale Leben im Quartier, in der Siedlung oder im Dorf eingebunden sind und ein großes soziales Netzwerk haben, werden von solchen Angeboten gut erreicht. Viele Menschen kennen diese Angebote jedoch nicht – und wenn doch, dann ist für sie die Hürde, einen bestimmten Ort aufzusuchen, dort jemanden anzusprechen, ein Anliegen zu formulieren und Fragen zu stellen, immer noch sehr hoch. Dies betrifft in der Regel zurückgezogen lebende Menschen, Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, Menschen, die mit den institutionellen Strukturen nicht vertraut sind, Migrantinnen und Migranten, arme oder armutsgefährdete Menschen (Schubert und Vukoman 2014). Diese Gruppen werden von den Angeboten weniger gut erreicht – obwohl vielleicht gerade sie von diesen Angeboten besonders profitieren würden.

Demgegenüber sind gerade im Hinblick auf die Erreichbarkeit benachteiligter Menschen sogenannte Geh-Strukturen mit „zugehenden“ oder „aufsuchenden“ Angeboten vielversprechender (Semrau 2014). Dabei werden ältere Menschen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern im öffentlichen Raum aufgesucht und angesprochen. In der Jugendsozialarbeit ist dieser Ansatz als „Streetwork“ schon länger etabliert, in der sozialen Arbeit mit älteren Menschen gibt es hingegen nur wenige erste Ansätze dazu. Streetwork mit älteren Menschen sollte eher von hauptamtlichen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern geleistet werden als von freiwillig Engagierten, weil die Kontaktaufnahme und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses bei ansonsten schwer erreichbaren Menschen Geduld und ein sensibles Vorgehen verlangt (May und Alisch 2013a; Fröba 2014).

In verschiedenen Projekten der Sozialraum- und Gemeinwesenarbeit mit älteren Menschen übernehmen aber durchaus auch freiwillig Engagierte, zumeist ältere Menschen, die Aufgabe, im Quartier präsent zu sein, sich bekannt zu machen, mit älteren Menschen zu sprechen und bei Bedarf Informationen über Angebote der Altenhilfe weiterzugeben. Die freiwillig Engagierten müssen jedoch von hauptamtlichen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern qualifiziert und begleitet werden. Je nach Projekt heißen sie Nachbarschaftsstifter, Stadtteil-Kümmerer, Straßenbürgermeister, Quartiersbotschafter, Viertelgestalter oder Kiezhelfer (vgl. die Fallbeispiele bei Semrau 2014; BaS 2015; Beetz 2012).

Um auch zurückgezogen lebende Menschen mit Informationen über Angebote der Altenhilfe zu versorgen und auf diese Weise ihre Teilhabe am sozialen Leben am Wohnort zu verbessern, wurden in einzelnen Projekten Menschen als Vermittler eingesetzt, die beruflich regelmäßigen Kontakt zu älteren Menschen haben. Hierbei handelt es sich etwa um Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Hausmeisterinnen und Hausmeister von Wohnungsgesellschaften sowie Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter in Kiosken, Bäckereien, Lebensmittelgeschäften, Friseurläden. Die Orte, an denen diese Menschen Kontakt auch mit zurückgezogenen älteren Menschen haben, dienen als „‚Brücke‘ für den Austausch von Informationen, um auf diesem Weg im Wohnquartier und Stadtteil mehr Teilhabechancen zu eröffnen“ (Schubert und Veil 2013, ohne Seitenzahlen). Wenn die dort arbeitenden Menschen für mögliche Probleme älterer Menschen sensibilisiert und entsprechend geschult werden, können sie im Bedarfsfall Informationen weitergeben oder Dienste vermitteln (Schubert u. a. 2015; Schubert und Vukoman 2014).

Solche Projekte der Sozialraum- und Gemeinwesenarbeit sollten in Kooperation verschiedener Akteure und partizipativ mit den älteren Bewohnerinnen und Bewohnern des Gemeinwesens durchgeführt werden (vgl. hierzu den folgenden Abschnitt: Netzwerke bilden). Die Kommunen können dabei ein Kooperationspartner sein. Sie können Räumlichkeiten zur Verfügung stellen und sich an der Finanzierung und an der Organisation entsprechender Partizipationsprozesse beteiligen.

Netzwerke bilden

Die Entwicklung und Gestaltung von Stadtteilen, Quartieren, Siedlungen und Dörfern, die Gewährleistung und Verbesserung der Teilhabe älterer Menschen am lokalen sozialen Leben sowie die Sicherung der Unterstützung und Pflege vulnerabler älterer Menschen setzen unter modernen Bedingungen die Bildung von Netzwerken voraus. Hierbei handelt es sich um Vernetzungen und Kooperationen auf drei verschiedenen Ebenen, die oftmals nicht eindeutig unterschieden werden:

- Abstimmung und Kooperation zwischen den verschiedenen Ressorts innerhalb der kommunalen Verwaltung,
- Kooperation und Koordination der in einem Gemeinwesen in einem bestimmten Handlungsfeld aktiven Organisationen und
- das soziale Netzwerk eines unterstützungs- oder pflegebedürftigen älteren Menschen.

Im Folgenden werden die Netzwerke und Kooperationsformen auf den genannten drei Ebenen näher beschrieben.

(1) Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den verschiedenen Ressorts innerhalb der kommunalen Verwaltung

Die kommunalen Verwaltungen sind in funktionale Teilbereiche (Ressorts) gegliedert, dazu gehören unter anderem Gesundheit, Soziales, Behindertenhilfe, Pflege, Arbeitsmarkt, Bildung, Bauen und Stadtentwicklung. Jeder dieser Bereiche entwickelt ein Eigenleben: das viel gescholtene Ressortdenken. Dies betrifft sowohl die Sozialplanung (dazu Schubert u. a. 2015) als auch die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen. Das Problem dabei ist: Die konkrete Lebenssituation der Menschen wird durch keinen dieser einzelnen Bereiche auch nur annähernd umfasst. Gerade die Gestaltung eines Gemeinwesens mit dem Ziel, die Teilhabe älterer Menschen und ein selbstbestimmtes Leben für ältere Menschen zu fördern und zu sichern, ist eine Aufgabe, die nur ressortübergreifend bewältigt werden kann: „Altenhilfeplanung hat interdisziplinär und unter Einbeziehung aller zuständigen Verwaltungseinheiten zu erfolgen. […] Altersgerechtes Wohnen, Quartiersentwicklung, Förderung von Nachbarschaft und Selbsthilfe, ambulante und stationäre Hilfen sowie fußläufig erreichbare Nahversorgung sind ohne das Zusammenwirken der Bereiche Bau, Wirtschaftsförderung, Verkehrsplanung, Gesundheit und Soziales nicht zu realisieren“ (BAGSO 2014: 3).

Erforderlich ist deshalb die Bildung von Netzwerken zwischen den Ressorts (Schubert u. a. 2015). Obwohl eine ressortübergreifende Abstimmung seit Jahren immer wieder gefordert und in vielen Kommunen auch schon praktiziert wird, ist es immer noch eine große Herausforderung für die kommunale Verwaltung, eine starke Ausprägung des ressortübergreifenden integrierten Handelns zu erreichen. Dazu gehören unter anderem:

- die Berücksichtigung verschiedener Handlungsfelder,
- die Beteiligung auch solcher Ressorts, die eher zum weiteren Umfeld des Handlungsanlasses gehören,
- die Bündelung von Finanzmitteln aus verschiedenen Quellen
- sowie eine institutionalisierte Steuerung des integrierten Handelns (Franke und Strauss 2010).

Stadtentwicklungsprogramme wie die Förderprogramme „Soziale Stadt“, „Stadtumbau Ost“, „Stadtumbau „West“ sowie Dorfentwicklungsprogramme fördern das ressortübergreifende und integrierte Handeln innerhalb der kommunalen Verwaltung. Insbesondere das im Jahr 1999 eingeführte Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ hat sich als ein Motor für die Einrichtung und Erprobung ressortübergreifender Kooperationsstrukturen erwiesen (BMUB 2014).

Die Erfahrungen zeigen, dass die Zusammenarbeit der verschiedenen Ressorts innerhalb der kommunalen Verwaltung am besten gelingt, wenn sie zur „Chefsache“ gemacht wird. Die Steuerung des integrierten Handelns muss in der Verwaltungshierarchie möglichst hoch angesiedelt werden. Dies kann mit Sonderressorts („integriertes Handeln“) oder mit Stabsstellen zur generationengerechten Entwicklung von Gemeinwesen erreicht werden. Außerdem sollte eine ressortübergreifende Abstimmung innerhalb der kommunalen Verwaltung nicht nur anlassbezogen und „auf Zuruf“ erfolgen, sondern mit regelmäßigen Runden, dauerhaften dezernatsübergreifenden Arbeitsgruppen oder einem Jour fixe fest institutionalisiert werden. Die Länder sollten in ihren Förderrichtlinien ressortübergreifendes und integriertes kommunales Handeln noch stärker zur Bedingung von Förderungen machen.

(2) Vernetzung und Kooperation der in einem Handlungsfeld aktiven Akteure

Die bauliche, infrastrukturelle und soziale Gestaltung und Entwicklung eines Gemeinwesens (also Quartiersentwicklung oder Dorfentwicklung) ist jedoch nicht nur eine Angelegenheit der kommunalen Verwaltung und der entsprechenden Ressorts. Für eine erfolgreiche Stadt-, Quartiers- oder Dorfentwicklung ist es unumgänglich, dass sich all diejenigen Akteure (in der Regel Organisationen) vernetzen, die in einem Gemeinwesen in einem bestimmten Handlungsfeld aktiv sind. Dadurch können bei der Durchführung von Projekten der Gemeinwesenarbeit

Ressourcen gebündelt und unterschiedliche Kompetenzen zusammengeführt sowie Doppel- und Parallelstrukturen vermieden werden. Im Handlungsfeld „Pflege, Versorgung und Unterstützung älterer Menschen“ kommen dafür die folgenden Akteure in Frage:

- die kommunale Verwaltung mit ihren verschiedenen Ressorts,
- die Sozialversicherungsträger (insbesondere Kranken- und Pflegekassen),
- die Wohnungswirtschaft (öffentlich, privat, genossenschaftlich),
- Träger sozialer Infrastruktur und sozialer Dienste (etwa Wohlfahrtsverbände),
- privatwirtschaftliche Unternehmen (als Betreiber von stationären Pflegeeinrichtungen, als Anbieter von ambulanten Pflegediensten, als Anbieter von anderen Dienstleistungen, als Investoren im Bereich des betreuten Wohnens),
- Verkehrsunternehmen,
- kirchliche und religiöse Einrichtungen,
- Kultureinrichtungen,
- Beratungsstellen (etwa Wohnberatungsstellen oder Pflegestützpunkte),
- orts- und adressatenbezogene Vereine und Initiativen.

Nicht nur bei Vorhaben der Gemeinwesenarbeit, sondern auch mit Blick auf die Pflege und Versorgung älterer Menschen sollten die Vernetzung und Kooperation der hierbei relevanten Akteure gewährleistet werden. Die Pflege und Versorgung älterer Menschen wird nicht von einem Akteur allein gewährleistet, vielmehr treffen die verschiedenen Leistungen vieler Akteure zusammen, weshalb von einer „gemischten Wohlfahrtsproduktion“ im Bereich der Pflege und Versorgung älterer Menschen gesprochen wird. Außerhalb von stationären Einrichtungen ist es auch jetzt schon die Regel, dass die Pflege und Versorgung eines älteren Menschen mit Unterstützungsbedarf in der Kombination der unterschiedlichen Leistungen verschiedener Akteure entsteht. So kann etwa eine gemeinnützige Wohnungsgesellschaft, die viele ihrer Wohnungen an ältere Menschen vermietet, mit einem Pflegestützpunkt, privat-gewerblichen Anbietern von Pflegedienstleistungen sowie mit einer Freiwilligenagentur kooperieren, um die Struktur der Angebote für die pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen zu verbessern. Solche Kooperationen gibt es schon vielerorts, aber sie entstehen noch nicht systematisch. In Zukunft wird es noch mehr als bisher darauf ankommen, die Verantwortung und die unterschiedlichen Leistungen der verschiedenen Akteure so zu koordinieren und zu regulieren, dass daraus die bestmögliche Pflege und Versorgung für ältere Menschen entsteht (Klie und Schuhmacher 2014).

Wenn die genannten Akteure miteinander kooperieren, kann dies als „interinstitutionelle Kooperation“ bezeichnet werden. Nicht weniger wichtig ist jedoch die „intrainstitutionelle Kooperation“ (Klie und Schuhmacher 2014): Ähnlich wie es für die Entwicklung eines Stadtteils, Quartiers oder Dorfes unabdingbar ist, dass die verschiedenen Ressorts innerhalb der kommunalen Verwaltung zusammenarbeiten und sich untereinander abstimmen, kann sich auch die Zusammenarbeit einzelner Organisationen eines der oben genannten Akteurstypen positiv auswirken. So kann etwa die Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen an einem Ort oder in einer Region tätigen Anbietern von ambulanten Pflegedienstleistungen die Pflegesituation in einer Kommune oder einer Region positiv verändern (Klie und Schuhmacher 2014). Zwar stehen die Anbieter von ambulanten Pflegedienstleistungen grundsätzlich in einem Konkurrenzverhältnis zueinander (sie konkurrieren auf dem Pflegemarkt um Aufträge und auf dem Arbeitsmarkt um Fachkräfte). Trotzdem kann es gelingen, die Unternehmen zu vernetzen und damit die Gesamtsituation zu verbessern. So konnten in einem Verbundprojekt die in einem Netzwerk zusammengeschlossenen Pflegeunternehmen gemeinsam und voneinander lernen und die Beschäftigungsfähigkeit der Pflegefachkräfte verbessern (Schimitzek u. a. 2015).

Die Kommunen haben die Möglichkeit, Rahmenbedingungen für die Vernetzung der im Gemeinwesen präsenten Akteure schaffen – sie können etwa zu bestimmten Themen oder Vorhaben zu Runden Tischen einladen, Kooperationen moderieren und dabei Interessen ausgleichen. Alle beteiligten Akteure müssen sich auf die Kooperation in Netzwerken einlassen. Sie müssen lernen, nicht gegeneinander, sondern miteinander zu arbeiten und die daraus entstehenden Vorteile zu nutzen.

Die Pflege- und Krankenkassen sollten sich an der Finanzierung der Netzwerkarbeit im Bereich der Unterstützung und Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen beteiligen müssen.

(3) Das Netzwerk derjenigen, die an der Pflege, Versorgung und Unterstützung eines älteren Menschen beteiligt sind

Dazu gehören Fachpflegekräfte, die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Bringdiensten, pflegende Angehörige, Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunde, Bekannte, freiwillig Engagierte. Hier geht es darum, die verschiedenen professionell-gewerblichen und informell-privaten Leistungen bei der Unterstützung und Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen aufeinander abzustimmen. In diesem Netzwerk können die Pflegekräfte eine stärker koordinierende Rolle als bislang einnehmen: Sie sollten „sich nicht mehr allein auf ihre interaktiven Aufgaben in der Pflege selbst beschränken, sondern sie sollen bzw. wollen einen größeren Anteil an koordinativen Aufgaben bzw. Tätigkeitsanteilen übernehmen" (Bleses und Jahns 2015: 55; vgl. Kapitel 7 in diesem Bericht). Die informell-privaten Unterstützungsleistungen beruhen zum großen Teil auf dem sozialen Netzwerk der unterstützten und/oder gepflegten Person.

Zur Förderung dieser Pflege- und Unterstützungsarrangements können eine Vielzahl von bislang schon ausgeführten Maßnahmen zusammengeführt werden:

- Die lokale Politik muss die Rahmenbedingungen für Austausch und Kontakte innerhalb von Nachbarschaften verbessern, um auf diese Weise indirekt die gegenseitige Unterstützung innerhalb von Nachbarschaften zu stärken. Dazu gehört, den öffentlichen Raum kommunikationsfreundlich zu gestalten und Orte der Begegnung zu erhalten beziehungsweise – wo erforderlich – neu zu schaffen.
- Die Kommunen können im Rahmen ihrer Engagementpolitik die organisierte Nachbarschaftshilfe fördern.
- Die Mobilität und die Erreichbarkeit unterstützungsbedürftiger Menschen müssen gesichert werden.
- Die Kommune kann die Zusammenarbeit der im Gemeinwesen an der Pflege und Versorgung älterer Menschen beteiligten Akteure unterstützen.

Offene Partizipationsprozesse gestalten und Partizipation von Menschen aus allen sozialen Schichten ermöglichen

Die Bewohnerinnen und Bewohner eines Gemeinwesens müssen in die Entwicklung und Umsetzung von Projekten zur Gestaltung des Sozialraums eingebunden werden. Letztlich soll ihre Lebenssituation vor Ort verbessert werden – die einzuleitenden Maßnahmen sollten sich deshalb an ihren Interessen und Bedürfnissen orientieren, die in unterschiedlichen Formaten der Partizipation ermittelt werden können. Denn schon diese Beteiligung an der Entwicklung und Umsetzung von Projekten im Gemeinwesen ist Ausdruck sozialer Teilhabe. Bei der Planung von Partizipationsprozessen sind insbesondere drei Aspekte zu berücksichtigen:

(1) Die Artikulation von Interessen ist nicht selbstverständlich und muss selbst erst einmal befördert werden. Selbstorganisation braucht Unterstützung. Dies ist eine Herausforderung, wenn ältere Menschen eingebunden werden sollen, die bisher kaum Gelegenheit hatten, ihre Bedürfnisse zu benennen und die wenig Erfahrung mit Partizipationsprozessen haben. Dies gilt zum Beispiel für ältere Migrantinnen und Migranten unterschiedlicher Herkunft, aber auch für Ältere mit niedriger formaler Bildung. Ein wesentliches Hemmnis bei der Förderung von Interessenartikulation und Selbstorganisation ist dabei die Reibung zwischen der Lebenswelt der beteiligten Bürgerinnen und Bürger auf der einen und den formalisierten Routinen und Abläufen der Verwaltung, der Projektorganisation und der beteiligten Projektträger auf der anderen Seite (May und Alisch 2013a; Fröba 2014). Der Erfolg von Partizipationsprozessen und engagementfördernden Maßnahmen bei der Gestaltung des Gemeinwesens muss daran bemessen werden, wie gut es gelingt, Menschen mit einer geringen Ausstattung an ökonomischen Ressourcen, mit gesundheitlichen Problemen oder mit Migrationshintergrund einzubinden. Denn diese drei Ursachen für Benachteiligung beeinträchtigen die Teilhabe älterer Menschen besonders stark (Strube u. a. 2015).

(2) Die Beteiligung an der Entwicklung von Projekten darf keine Pro-Forma-Beteiligung sein. Der Partizipationsprozess muss offen angelegt sein, sodass tatsächlich auch die Themen aufgegriffen werden können, die von den Bürgern und Bürgerinnen eingebracht werden. Wenn ältere Menschen sich über ihre Bedürfnisse bezüglich ihrer Wohnsituation äußern, dann sind dies häufig gar keine altersspezifischen Dinge. In einem Beteiligungsprojekt ging es – entgegen der Erwartungen des Projektträgers und entgegen des geplanten Verlaufs der Projektumsetzung – den beteiligten älteren Menschen nicht um Barrieren und um Pflege, sondern um Schimmelbefall in der Wohnung (Rubin 2015). Ganz ähnlich: Wenn Migranten und Migrantinnen in einem offenen Rahmen ihre Interessen artikulieren können und beginnen, sich für Vorhaben zu engagieren, so kann es sein, dass diese Interessen und Vorhaben mit „typischen" Migrations- oder Integrationsthemen

gar nichts zu tun haben (May und Alisch 2013a). Das Ergebnis partizipativer Prozesse ist nicht planbar und muss offen bleiben. Dies ist für die beteiligten Projektträger und Behörden allerdings eine Herausforderung: Bei Partizipationsprozessen „treten die Widersprüche zwischen eingespielten Verwaltungsroutinen und Beteiligungswünschen der BewohnerInnen immer stärker zutage“ (Strube u. a. 2015: 199).

(3) Es ist auch von Seiten der älteren Menschen nicht selbstverständlich, dass sie sich engagieren, um aus ihrem Gemeinwesen einen guten Ort zum Älterwerden zu machen. Viele Ältere engagieren sich, und dies in vielen verschiedenen Bereichen. Für die Gestaltung des eigenen Wohnumfelds im Hinblick auf die Lebensqualität im Alter ist ein Engagement älterer Menschen jedoch nur schwer zu mobilisieren. Dies hat zum einen damit zu tun, dass das Älterwerden an sich und die dabei entstehenden Bedürfnisse ungern und wenig thematisiert werden. Zum anderen können ältere Menschen konkrete bauliche Barrieren und andere Missstände (wie hohe Bordsteinkanten, zugeparkte Gehwege) zwar benennen, sie nehmen solche Hindernisse aber in der Regel passiv und als gegeben hin: „Der Bereich Wohnumfeld wird von Älteren kaum als Engagement- und Gestaltungsfeld gesehen. […] Häufig wird die aktuelle Wohnsituation als alternativlos angesehen, es ist eine hohe Bereitschaft vorhanden, sich der Umwelt anzupassen“ (Beetz und Wolters 2015: 213).

Zur gegenseitigen Information, zur Sammlung von Ideen und zur Entwicklung von Plänen zur Umsetzung von Ideen haben sich Senioren- oder Quartierskonferenzen bewährt (Semrau 2014).

Die Grenzen der Sozialraumorientierung

In der Debatte über die Lebenssituation älterer Menschen und in der Politik für ältere Menschen ist seit einiger Zeit eine Hinwendung zur lokalen Ebene zu beobachten. Die Verhältnisse „vor Ort“ rücken stärker in den Blick. Das Bewusstsein dafür, dass die lokale Infrastruktur und soziale Netzwerke in der örtlichen Gemeinschaft die Qualität des Lebens im Alter maßgeblich mitbestimmen, ist deutlich größer geworden. Dementsprechend gab es in den letzten Jahren eine Vielzahl von Veranstaltungen, Projekten und Dokumentationen zur Quartiers- und Dorfentwicklung mit Blick auf die Verbesserung der Lebenssituation und der Teilhabe älterer Menschen sowie zur Mobilisierung von sozialräumlichen Ressourcen für das Leben im Alter. Insbesondere in den nachbarschaftlichen Beziehungen älterer Menschen wird ein großes Unterstützungspotenzial gesehen. Viele Maßnahmen der lokalen Politik richten sich deshalb darauf, die sozialen Beziehungen innerhalb von Sozialräumen und Nachbarschaften zu verbessern. Die Erwartungen sollten dabei aus den folgenden drei Gründen nicht zu hoch angesetzt werden:

(1) Gegenseitige Unterstützung in der Nachbarschaft wird zu einem sehr hohen Prozentanteil von Frauen geleistet. Dieser Umstand ist insofern problematisch, als mit der herrschenden Erwerbszentrierung der sozialen Sicherungssysteme diese Frauen in ihren Verwirklichungschancen stark eingeschränkt werden und wenig Anerkennung für die geleistete informelle Sorgearbeit erfahren. Entscheiden sich Frauen der jüngeren Generationen bewusst dazu, einer anspruchsvollen Erwerbstätigkeit nachzugehen, stehen sie für die Sorgearbeit im sozialen Nahraum weniger oder nur um den Preis einer Mehrfachbelastung im Alltag zur Verfügung. Was für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gilt, gilt auch für die Vereinbarkeit von Beruf und Nachbarschaftshilfe: Es ist eine große Herausforderung, beides unter einen Hut zu bringen.

(2) Die Gestaltbarkeit von Nachbarschaften ist begrenzt: „Die empirisch vorzufindende Vielfalt an nachbarschaftlichen Beziehungen lässt sich nicht einfach steuern und der halböffentlich-halbprivate Charakter verweigert eine instrumentelle Nutzung“ (Beetz und Wolter 2015: 215; Beetz 2012). Es können zwar Rahmenbedingungen für gute nachbarschaftliche Beziehungen hergestellt und Prozesse unterstützt und moderiert werden – die Entwicklung von Nachbarschaften kann jedoch nicht planmäßig gesteuert werden.

(3) Der Aufbau von Bekanntschaften braucht Zeit. Tragfähige nachbarschaftliche Beziehungen entstehen nicht über Nacht, sondern über Jahre. Sie sind deshalb auch auf eine lange Wohndauer der Menschen angewiesen. Wo die Fluktuation hoch ist, ist die Bildung von nachbarschaftlichen Gemeinschaften eher unwahrscheinlich (Rohr-Zänker und Müller 1998). Die Erwartungen, wie schnell sich erhoffte Wirkungen und Entwicklungen zeigen, dürfen deshalb nicht zu hoch angesetzt werden.

Bei aller Hinwendung der Politik für ältere Menschen zur lokalen Ebene sollte nicht vergessen werden: Auf der lokalen Ebene werden viele soziale Probleme zwar sichtbar, ihre Ursachen liegen jedoch häufig auf anderen Ebenen als der lokalen. Diese sozialen Probleme müssen deshalb auch auf anderen Ebenen bearbeitet werden: „Strukturelle Probleme lassen sich nicht lokal lösen“ (Strube u. a. 2015: 201). Der Bedeutungszuwachs der Sozialraumorientierung birgt die Gefahr, dass hier Verantwortung für die Bearbeitung sozialer Probleme vom Sozialstaat auf

die lokale Ebene verlagert werden soll, die auf der lokalen Ebene jedoch nur begrenzt bearbeitbar sind. Die Wiederentdeckung der Nachbarschaft und des Lokalen dürfen nicht dazu führen, dass „in sozialräumlichen Kontexten der Kitt des Sozialen gefunden werden soll, dessen institutionelle Säulen im gesellschaftlichen Großraum des Sozialen zunehmend erodieren“ (van Dyk 2015: 47; vgl. Alisch und Dangschat 1998).

8.5 Der Beitrag der räumlichen Planung zur lokalen Demografiepolitik

In diesem Abschnitt wird beschrieben, welche grundsätzlichen Möglichkeiten die räumliche Planung für die Gestaltung von Wohnungen und Quartieren in einer Gesellschaft des langen Lebens bietet.

Die klassischen Instrumente für alle Fragen der Nutzung des Bodens sind die Planungsinstrumente entsprechend dem Raumordnungsgesetz und dem Baugesetzbuch, ergänzt durch Verfahren der Regionalplanung, der Baugenehmigung und der Bauordnung. Um diese Verfahren vorzubereiten, sind in aller Regel zahlreiche informelle Planverfahren erforderlich – zur Bedarfsermittlung, um unterschiedliche Maßnahmen in verschiedenen Varianten oder Szenarien zu testen oder um in dialogorientierten Verfahren mit Akteuren vor Ort die besten Lösungsmöglichkeiten für planungsbezogene Herausforderungen zu erarbeiten. Ein Blick auf die vor Ort umgesetzten Projekte und Maßnahmen zeigt eine Vielzahl von entsprechenden Ansätzen. Dies belegt die Bemühungen der Kommunen, das Thema Wohnen und Quartiersentwicklung mit Blick auf die älter werdende Bevölkerung konstruktiv zu gestalten. Die Fülle der vorliegenden Projektideen und umgesetzten Varianten ist allerdings erst ansatzweise systematisch aufgearbeitet – hier klafft noch eine Forschungslücke. Eine systematische Aufarbeitung dieser Projekte und Maßnahmen würde es erlauben, den Prozess der Transformation der Stadt und ihrer Quartiere hin zu einer demografiegerechten Stadt genauer zu beschreiben.

Die Notwendigkeit lokaler Konzepte

Die demografische Entwicklung verläuft regional differenziert. Auf der einen Seite gibt es Kommunen, Regionen und Länder, die in der Vergangenheit Zuwächse hatten und auch in Zukunft mit Zuwächsen rechnen können. Auf der anderen Seite stehen – vor allem in den neuen Ländern, aber auch in vielen Landkreisen der alten Bundesländer – Regionen mit Bevölkerungsverlusten und einem steigenden Altersdurchschnitt. In den zuletzt genannten Regionen gehen die Bevölkerungsverluste zumeist mit einer geringeren Einwohnerdichte und Strukturschwächen einher, was wiederum Folgen für die Wirtschaftskraft und für die Kommunalentwicklung hat (Mäding 2009). Dies ist auch eine Herausforderung für die bestehenden Planungsinstrumente. Im Vergleich zwischen dünn besiedelten ländlichen und schnell wachsenden städtischen Räumen sind die Ausgangsbedingungen für die Entwicklung von Konzepten für eine generationengerechte Wohnpolitik und die räumliche Entwicklung so verschieden, dass die Ausgestaltung der Konzepte entsprechend angepasst sein muss (Pahl-Weber 2013). Es ist deshalb nicht zielführend, ein bundesweit gültiges Konzept für selbstbestimmtes Wohnen im Alter zu entwickeln, vielmehr müssen die Instrumente der Stadt- und Regionalplanung Ansatzpunkte für lokale Konzepte liefern.

Über die Sicherung von Mindeststandards wird versucht, die seit 1994 im Grundgesetz festgelegte „Gleichwertigkeit der Lebensbedingungen“ zu erreichen (BBSR 2012b: 213). Dafür wurden Mindeststandards entwickelt, die in den Städten und Regionen ein „gutes Leben“ auch im Alter sicherstellen sollten. Einheitliche Standards können angesichts der regionalen Disparitäten jedoch nicht die Lösung sein. Hilfreicher ist es, Zielkorridore zu beschreiben und bei ihrer Definition die Bedürfnisse und die Interessen der älteren Menschen vor Ort zu beachten.

Natürlich ist fraglich, ob periphere und strukturschwache Regionen mit den Planungsinstrumenten der Raumordnung und der Regionalplanung nachhaltig stabilisiert werden können. Zahlreiche Beispiele aus ländlichen Regionen zeigen allerdings, dass die Initiative und der Umsetzungswille von engagierten Personen – oftmals Bürgermeisterinnen oder Bürgermeister zusammen mit freiwillig Engagierten – die Wohnbedingungen verbessern und die Nahversorgung sichern können. Bei verschiedenen Initiativen und Programmen zur Verbesserung der Situation in den Regionen, insbesondere in den ländlichen Räumen (z. B. die Projekte aus dem Programm „Modellvorhaben der Raumordnung“, MORO) wurde deutlich, dass integrierte Planungsansätze in der Regionalentwicklung den größten Erfolg bei der Stabilisierung örtlicher Strukturen versprechen.

Raumbeobachtung als Voraussetzung für Planung

Für alle Planungsinstrumente bilden Bevölkerungsvorausrechnungen und Prognosen die erforderliche Grundlage. Auch für die Regionalplanung und die Bauleitplanung, die zu den kommunalen Pflichtaufgaben gehören, sind solche Berechnungen und Prognosen unverzichtbar. Die Entwicklung der Bevölkerungszahlen und der Altersentwicklung, die Entwicklung der Zahl der Haushalte, die Verteilung der Haushaltstypen, die Höhe und die Verteilung der Einkommen, die Pendlerzahlen und andere Indikatoren geben Aufschluss über die Flächen, für die eine Planung aufzustellen ist. Um eine empirische Grundlage für die Regionalplanung und die Bauleitplanung zu schaffen, sind drei Schritte nötig:

(1) Der erste Schritt ist die räumliche Beobachtung. Für die Länder wird sie von den jeweiligen Landesämtern für Statistik durchgeführt. Auf kommunaler Ebene werden die notwendigen Daten in den kommunalen Statistikämtern oder in den für die Planung zuständigen Ämtern erhoben. Auf Bundes- und Länderebene muss eine Gesamtschau der Befunde aus den Prognosen und dem Monitoring geleistet werden. Eine Bedarfsermittlung erlaubt dann abgestimmte Planungen innerhalb von Regionen.

(2) Der zweite Schritt besteht in der Verortung dieser Daten in digital erfassten räumlichen Plänen. Nur so lassen sich schnell Veränderungen auch in kleinräumigen Kontexten erkennen. Für die Entwicklung planerischer Konzepte bieten solche digitalen Stadtmodelle zudem die Möglichkeit, Alternativen in ihren Wirkungen zu prüfen, um so bessere Entscheidungen über Konzepte zu treffen. Entsprechende Modelle befinden sich in mehreren Städten im Aufbau, international sind Universitäten und Städte mit Forschung und Entwicklung dieser Modelle beschäftigt (London, Chicago, Zürich, Singapore) (Townsend 2013: 314). Auch in Deutschland haben einzelne Städte die Initiative ergriffen, in der universitären Forschung werden Modelle entwickelt (z. B. TU Berlin, Smart City Platform). Diese Art der Aufbereitung von Daten ermöglicht es, Lösungskonzepte schneller an die dynamischen Veränderungen von demografischen Verhältnissen in städtischen Räumen anzupassen. Sie kann deshalb die Erarbeitung von regionalplanerischen und stadtplanerischen Konzepten zur Gestaltung einer Lebensumwelt für die älter werdende Bevölkerung sehr erleichtern.

(3) In einem dritten Schritt müssen Bürgerinnen und Bürger in die Erarbeitung von Konzepten eingebunden werden. Dazu können sowohl digitale Beteiligungsinstrumente als auch Präsenzveranstaltungen eingesetzt werden – gerade in der Kombination von beidem besteht die Chance, von einer Politik der Beteiligung zu einer Politik der räumlichen Koproduktion zu kommen. Dies ist gerade für Ältere wichtig, weil die aktive Beteiligung an der Gestaltung von Lebensumwelt und Wohnung auch im Alter Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht.

Ohne eine klare statistische Grundlage können die Bedarfe, die sich zudem dynamisch verändern, nicht laufend den gefundenen Lösungsmöglichkeiten gegenübergestellt werden. Kommunen sollten deshalb die notwendigen statistischen Daten aufbereiten und in Monitoringverfahren aktuell halten. Dafür ist es erforderlich, dass sie entsprechend finanziell ausgestattet sind.

Quartiersbezogene Konzepte sollten sich stärker auf die Regionalplanung stützen können

Die Regionalplanung ist ein Teil der Landesplanung. Im Raumordnungsgesetz des Bundes ist festgelegt, dass der Planungsauftrag der Regionalplanung entsprechend der Zielsetzungen des jeweiligen Landes ausgestaltet werden muss (Schmitz 1995: 823). Den Planungsauftrag der Regionalplanung können die Länder und Regionen auch für die vorausschauende Planung der überörtlichen, raum- und siedlungsstrukturellen Entwicklung nutzen. Mit Blick auf alte und sehr alte Menschen ist in verschiedenen Bereichen eine überörtliche Planung notwendig, etwa

- bei der regionalen Vernetzung im öffentlichen Nahverkehr,
- bei der Gesundheitsversorgung,
- beim Angebot an kulturellen Einrichtungen und Bildungseinrichtungen und
- bei der Nahversorgung (Strukturen des Einzelhandels).

Die Notwendigkeit einer überörtlichen Planung ergibt sich allein schon daraus, dass die Siedlungsstruktur Deutschlands durch das Raumordnungsmodell der dezentralen Konzentration geprägt ist: Die Mehrzahl der Regionalplanungen wird durch die Struktur der zentralen Orte dominiert, die als Ober-, Mittel- und Unter- beziehungsweise Kleinzentren die Versorgungsfunktionen für die Einzugs- und Verflechtungsbereiche übernehmen.

Mehrere Länder und Planungsregionen (z. B. Brandenburg, Braunschweig) haben sich bereits der Frage gewidmet, ob die Unter-, Klein- und Mittelzentren ihre zentralen Aufgaben überhaupt noch erfüllen können. Es ist eine Aufgabe der zukünftigen Regionalplanung, hier neue Lösungen zu finden.

Dabei kann die interkommunale Kooperation ein zielführender Ansatz sein. Hierbei werden zwei Formen der interkommunalen Kooperation unterschieden: erstens die Kooperation in Metropolregionen, in denen sich große Städte, kleine Städte und ländliche Räume verbinden, und zweitens die kleinräumige kommunale Zusammenarbeit im ländlichen Raum. Bei interkommunalen Kooperationen treffen die Verfolgung wirtschaftlicher Interessen und die Berücksichtigung der Auswirkungen des demografischen Wandels in den Regionen zusammen. Ziel ist es, Netzwerke zu bilden, in denen die Arbeitsteilung zwischen den unterschiedlichen Räumen zu einem auf den Raum bezogenen guten Angebot an Gütern und Dienstleistungen der Daseinsvorsorge führt (Beier und Matern 2007: 1).

Regionale Kooperation und die Schaffung regionaler Netzwerke mit dem Ziel, Versorgungsstrukturen der öffentlichen Daseinsvorsorge aufzubauen, gehen über die bisher thematisierte Quartiers- und Sozialraumorientierung noch hinaus. Damit wird die Regionalplanung für die Gestaltung der Wohnumgebung für ältere Menschen immer bedeutsamer. Die Zusammenarbeit verschiedener Städte und die Kooperation auf regionaler Ebene können helfen, die Bereitstellung von Angeboten für die älter werdende Bevölkerung und die Zusammenarbeit zwischen Ehrenamt und professionellen Einrichtungen auf Quartiersebene besser zu strukturieren. Regionalplanerische Entwicklungskonzepte sollten deshalb auch die Zusammenarbeit zwischen Orten in ländlichen Räumen und zwischen großen Städten und Orten in der Region als Stadt-Land-Kooperationen oder Verantwortungsgemeinschaften umfassen. Die Landesplanung sollte sich stärker für diese Kooperationen öffnen. Sie sollte Anreize für interkommunale Kooperationen geben und entsprechende Initiativen und Projekte finanziell und organisatorisch fördern.

Bauleitplanung und informelle räumliche Planung: der wichtigste Handlungsbereich für Kommunen

Die Planung der flächenbezogenen Entwicklung liegt in der kommunalen Planungsverantwortung. Das Baugesetzbuch sieht hierfür im allgemeinen Städtebaurecht (Erstes Kapitel BauGB) den Flächennutzungsplan und den Bebauungsplan vor. Das besondere Städtebaurecht (Zweites Kapitel BauGB) behandelt vor allem diejenigen Maßnahmen, die mit einer Bestandsentwicklung verbunden sind: städtebauliche Sanierungs- und Entwicklungsmaßnahmen, Stadtumbau, soziale Stadt, Erhaltungsgebote und städtebauliche Gebote sowie Sozialplan und Härteausgleich.

Alle Ebenen dieser räumlichen Planung sind für diesen Altenbericht relevant: Im Flächennutzungsplan ist zunächst die Entwicklung von Stadt-, Ortsteil- und kleinen Nahversorgungszentren zu regeln. Die Kommune bestimmt mit ihrer Planung also über Stadt- und gebietsbezogene Zentren der Versorgung. Das Konzept der zentralen Orte, das auf Länderebene die Nahversorgung und Einrichtung von Aufgaben der Daseinsvorsorge regelt, ist auf kommunaler Ebene umzusetzen. Auf diese Weise trifft die Kommune planerische Vorsorge für den demografischen Wandel. Über die räumliche Zuordnung werden auch für ältere Menschen die Grundlagen für Mobilität, Erreichbarkeit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gelegt.

Die Kommunen haben mit ihren Bebauungsplänen eine Vielzahl von Möglichkeiten, auf Anforderungen zu reagieren, die sich durch den demografischen Wandel ergeben. Viele Kommunen nutzen diese auch bereits seit einigen Jahren, einige haben bereits einen „Demografiecheck für Bebauungspläne“ eingeführt. Im Rahmen der Erarbeitung eines Bebauungsplans müssen verschiedene Belange berücksichtigt werden – ein Demografiecheck kann dafür ein gutes Hilfsmittel sein. Den Kommunen wird empfohlen, den für diesen Zweck verwendeten Demografiecheck im Rat beschließen zu lassen.

Mit Blick auf die Bedarfe einer älter werdenden Gesellschaft ist ein wichtiges Instrument bei der Aufstellung von Bebauungsplänen die Festsetzung von Flächen, auf denen ganz oder teilweise nur solche Wohngebäude errichtet werden dürfen, die für Personengruppen mit besonderem Wohnbedarf bestimmt sind (§ 9 Abs. 1 Nr. 8 BauGB). Auch die Festsetzung von Flächen für Gemeinschaftsanlagen (§ 9 Abs. 1 Nr. 22 BauGB) ist in diesem Zusammenhang ein wichtiges Instrument. Vorhabenbezogene Bebauungspläne werden zunehmend zum Zweck der Errichtung von altengerechten und barrierefreien Wohnungen aufgestellt. Dabei führt der Vorhabenträger das Bebauungsplanverfahren durch, die Beschlussfassung verbleibt jedoch bei der Kommune und ihren Gremien. Bauleitpläne sollen, so das BauGB in § 1 Abs. 6 Nr. 3, grundsätzlich die sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Bevölkerung berücksichtigen und dabei explizit auch die der alten und behinderten Menschen.

An beiden Plankategorien der Bauleitplanung (also sowohl am Flächennutzungsplan als auch am Bebauungsplan) sind Bürgerinnen und Bürger frühzeitig zu beteiligen. Gerade im bereits bebauten Bestand, der an die Bedürfnisse der alternden Gesellschaft angepasst werden muss, müssen die betroffenen Bürgerinnen und Bürger stärker in die Entwicklungsplanung einbezogen werden. Aber nicht nur bei der Bauleitplanung, sondern auch in allen anderen formellen und informellen Planungen spielt die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie einschlägiger institutioneller Akteure (z. B. Wohnungsunternehmen, Wohnungsgenossenschaften, Dienstleistungsunternehmen und Wohlfahrtsverbände) eine entscheidende Rolle. Die erfolgreiche Umsetzung der Leitbilder und das Gelingen der geplanten Projekte und Maßnahmen setzt eine Kultur der gemeinsamen Entwicklung von Leitbildern und planerischen Lösungen voraus. Die Qualität der Beteiligungsprozesse kann durch die folgenden Maßnahmen erhöht werden:

- die Zielgruppen sollten auf passende Weise angesprochen werden (zielgruppengerechte Ansprache),
- für traditionell eher wenig beteiligte Gruppen sollten passende Möglichkeiten der Mitwirkung geschaffen werden,
- die Veranstaltungsformate sollten nutzer- und bedarfsgerecht sein,
- Nutzer und Nutzerinnen sollten unterstützt werden, wenn sie eigene Maßnahmen organisieren.

Neben diesen Aufgaben der Bauleitplanung sieht das BauGB im besonderen Städtebaurecht die Erneuerung des Bestandes vor. Demnach sind städtebauliche Sanierungsmaßnahmen daran geknüpft, dass Missstände baulicher und/oder funktionaler Art vorliegen. Die hierfür gültigen Beurteilungsmaßstäbe nach § 136 Abs. 3 Nr. 1-3 BauGB berücksichtigen demografische Herausforderungen nicht explizit; die Begründung für Maßnahmen nach dem vierten Teil des besonderen Städtebaurechts, Soziale Stadt, ist in dieser Hinsicht offener, denn hier werden explizit Maßnahmen angesprochen, für die durch soziale Missstände in benachteiligten Ortsteilen oder anderen Teilen des Gemeindegebiets besonderer Handlungsbedarf besteht (§ 171e Abs. 2 BauGB). Dies kann sich auch auf eine starke Alterung der Bevölkerung in einem Gebiet beziehen. Maßnahmen zur Sicherung der Wohnsituation, bezogen auf Wohnung und Wohnumfeld, sind Bestandteil der sozialen Bedingungen. In zahlreichen Verfahren nach dem Programm „Soziale Stadt“ werden hier bereits integrierte Maßnahmen ergriffen.

Die Maßnahmen nach BauGB sind in erster Linie investitionsorientiert angelegt, nachbarschaftliche Strukturen etwa können nicht allein durch investive Maßnahmen gefördert und aufgebaut werden. Hier ist ausschlaggebend, dass selbsttragende Prozesse begleitet und unterstützt werden. Insoweit wäre es wünschenswert, wenn der investitionsorientierte Ansatz des BauGB durch ein Programm mit nicht-investiven Maßnahmen ergänzt würde.

Als Leitprogramm der städtebaulichen Erneuerung könnte das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ auch als Leitprogramm für die Herstellung der räumlichen Bedingungen für Sorge und Mitverantwortung auf lokaler Ebene in Betracht kommen. Dazu müssen die Anwendungsmöglichkeiten des Programms „Soziale Stadt“ ausgeweitet werden, unter besonderer Beachtung des demografischen Wandels und verbunden mit einer weiteren Anhebung der finanziellen Ausstattung. Die Projekte im Rahmen des Programms beinhalten in der Regel die Einrichtung eines Quartiersmanagements. Das Programm bietet deshalb gute Ansatzpunkte für die Organisation von Maßnahmen, die in Kooperation mehrerer Akteure durchgeführt werden.

Neben den Planungsverfahren der formellen Planung und der Fachplanung bietet das breite Feld der informellen Planung Ansatzpunkte für die Vernetzung der unterschiedlichen Planungsebenen. Stadtentwicklungskonzepte können hier die Grundlage für die Aufstellung von Flächennutzungsplänen sein, Orts- und Bezirksentwicklungspläne nehmen den konkreten Raumkontext in den Blick und können an die Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer vor Ort anknüpfen. In mehreren Projekten sind hier bereits Weichen für die kommunale Entwicklung gestellt worden, dafür hat sich auch die Förderung durch EU-Mittel angeboten. Eines dieser Projekte ist das vor Kurzem abgeschlossene Projekt HELPS, bei dem Handlungsempfehlungen für die Zusammenarbeit verschiedener Akteure für eine altersgerechte Quartiersentwicklung entwickelt wurden (Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung 2015).

Eine Systematisierung ortsbezogener Kriterien für die Planung

Aus der Fülle der in den Kommunen bereits vorhandenen Planungsansätze lässt sich eine vorläufige Systematisierung ableiten, die unter Anwendung von informeller Planung und dem Instrumentarium der Städtebauförderung Anhaltspunkte für künftige Planungen von Wohnungen und Quartieren geben kann:

(1) Gebäudebezogene Konzepte:

- Modernisierung und Erneuerung mit Verbesserung der Zugänglichkeit von Gebäuden,
- Neubau von altengerechten Wohnanlagen,
- Sicherung preiswerten Wohnraums,
- Förderung von Baugemeinschaften für altersgemischte Baukonzepte,
- Umzugsmanagement für Menschen, die im Quartier bleiben möchten, aber bereit sind in eine kleinere (nicht teurere) Wohnung umzuziehen,
- Ausstattung der Wohnungen mit Einrichtungen des Ambient Assisted Living (AAL),
- Förderung von Wohnungen für älter werdende Menschen in den Länder-Programmen zur Wohnungsbauförderung.

(2) Quartiersbezogene Konzepte:

- Barrierefreie und barrierearme Gestaltung des Wohnumfeldes,
- Erreichbarkeit von Einrichtungen der täglichen Nahversorgung in fußläufiger Entfernung,
- Einrichtung von Koordinationsstellen zur Verbindung der unterschiedlichen Ressorts für integrierte räumliche Konzepte,
- Verknüpfung von gebäudebezogenen Konzepten mit quartiersbezogenen Konzepten,
- Entwicklung von Netzwerken von Akteuren aus den verschiedenen Sektoren.

(3) Stadtweite und regionale Konzepte:

- Barrierefreie Gestaltung der öffentlichen Gebäude und des öffentlichen Raums,
- Förderung des Austauschs zwischen den quartiersbezogenen Trägern von Konzepten,
- Erreichbarkeit medizinischer Versorgung,
- regional angepasste Konzepte zur Sicherung der Mobilität.

Diese vorläufige Systematisierung kann für die Entwicklung ortsbezogener Konzepte der räumlichen Planung eine Orientierung geben. Sie zeigt Handlungsfelder auf, in denen Kommunen bereits Maßnahmen ergreifen. Die größten Handlungsmöglichkeiten bestehen in der informellen Planung. Hierbei können Kommunen über die in den formellen Planwerken vorgesehene Beteiligung der Öffentlichkeit hinaus neue Wege der bedarfsgerechten urbanen Koproduktion gehen und Bürgerinnen und Bürger sowie institutionelle Akteure in die Entwicklung und Umsetzung der Vorhaben einbeziehen. Eine solche kooperative Planung der Quartiersentwicklung für eine älter werdende Bevölkerung ist ohne Moderation, strukturierende Organisation und professionelle Anleitung nicht möglich.

Zur Förderung solcher Kooperationen sind ressortübergreifende Förderprogramme mit nicht-investiven Anteilen als Bestandteil der Städtebauförderung auszubauen. Da die Förderprogramme des Bundes nach den Maßgaben der zweiten Föderalismusreform ohnehin zeitlich begrenzt auszugestalten und zu evaluieren sind, sollte die Auflage eines Programms zur demografiegerechten Stadtentwicklung als Bund-Länder-Programm vorbereitet und dann in den zweiten Teil des Baugesetzbuches aufgenommen werden.

8.6 Die Rolle der Kommunen in einer umfassenden Wohnpolitik

In den Kommunen muss sich ein Verständnis dafür entwickeln, dass den Herausforderungen, die der demografische Wandel auf lokaler Ebene im Bereich des Wohnens stellt, nur mit einer mehrere Handlungsfelder umfassenden Wohnpolitik angemessen begegnet werden kann. Im Hinblick auf das Wohnen im Alter geht es nicht nur darum, ob es genügend bezahlbare Wohnungen gibt, sondern auch um die bauliche Gestaltung der Wohnungen. Es geht darum, sicherzustellen, dass ältere Menschen mobil und erreichbar sind, es geht um die Sicherung der

Nahversorgung mit Dienstleistungen und Produkten, es geht um einen reflektierten Umgang mit den Möglichkeiten assistiver Technologien und die Entfaltung eines Marktes für technische Assistenzsysteme und es geht um eine städtebauliche und soziale Gestaltung von Quartieren, Stadtteilen und Dörfern. In Bezug auf den Aufbau und die Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften (so der Untertitel des Siebten Altenberichts) geht es darum, geeignete Rahmenbedingungen für die informelle und formelle Nachbarschaftshilfe zu entwickeln und Strukturen zu fördern, die praktische und emotionale Unterstützung für ältere Menschen hervorbringen können.

Dies alles kann nur gelingen, wenn neue Kooperationsformen zwischen der kommunalen Verwaltung mit ihren verschiedenen Ressorts, Wohnungsunternehmen, Wohlfahrtsverbänden, Kranken- und Pflegekassen, Anbietern von ambulanten und stationären Pflegedienstleistungen, sozialen Diensten und Gesundheitsdiensten, Unternehmen der Informations- und Kommunikationswirtschaft und anderen Akteuren entwickelt werden. Was kann hierbei die besondere Rolle der Kommunen sein? Was in Kapitel 2 dieses Berichts für die Rolle der Kommunen bei der Daseinsvorsorge herausgearbeitet wurde, gilt auch für eine umfassende Wohnpolitik für ältere Menschen: Neben der Leistungserbringung werden die Management- und Koordinierungsaufgaben der Kommunen immer wichtiger. Die Kommunen müssen die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Handlungsfeldern der Wohnpolitik gestalten, sie müssen vernetzen, verknüpfen, unterstützen und mobilisieren. „Eine wesentliche Aufgabe kommunaler Steuerung wird in Zukunft darin bestehen, Initiativen zur Verbesserung des alternsgerechten Wohnangebotes anzustoßen, zu begleiten und zu koordinieren“ (Kremer-Preiß 2010: 130). In einem Kranz aus mehreren, sich überlappenden Handlungsfeldern haben die Kommunen es dabei mit komplexen Akteurskonstellationen, verschiedenen Politik- und Regulierungsebenen und in der Folge mit anspruchsvollen Steuerungsfragen zu tun – ein zentrales Thema des folgenden 9. Kapitels dieses Berichts.

9. Lokale Politik für eine älter werdende Gesellschaft

In diesem Kapitel werden auf der Basis der vorherigen Kapitel Handlungsbedarfe für die lokale Politik benannt und die Bedingungen lokaler Politik im kooperativen Föderalismus analysiert. Wenn von lokaler Politik die Rede ist, so sind unterschiedliche Ebenen – Kreis, Gemeinde, Quartier oder Ortsteil (Henneke 2013) – angesprochen. Dabei vollzieht sich lokale Politik in komplexen Akteurskonstellationen, oft ohne dominantes Steuerungszentrum. Gerade auf der kommunalen Ebene kommen vertikale und horizontale Politikverflechtungen zum Tragen. Die Ziele einer kommunalen Politik müssen deshalb in sektor- und ebenenübergreifenden Netzwerken ausgehandelt und vereinbart werden, die Umsetzung entsprechender Maßnahmen erfordert die Koordination und eine Koproduktion der relevanten Akteure. Damit sind die großen Herausforderungen umrissen, die als „Governance“ thematisiert werden und die sich einer lokalen Politik stellen.

Hier wird der Entwurf einer Politik für ältere und mit älteren Menschen vorgestellt, die zwischen Governance und neu zu justierenden rechtlichen Rahmenbedingungen verortet ist. Letztere sollten, so der Vorschlag der Kommission, in einem Leitgesetz zur Stärkung der Politik für ältere und mit älteren Menschen zusammengeführt und stärker als bisher aufeinander bezogen werden. Eine auf diese Weise skizzierte Politik für ältere und mit älteren Menschen ist eine Ausprägung einer Demografiepolitik für alle Lebensalter, sie ist Generationengerechtigkeit verpflichtet: Wie sich in diesem Bericht an verschiedenen Stellen schon gezeigt hat, kommen die hier entwickelten Vorschläge und Maßnahmen älteren Menschen, aber eben in der Regel auch Menschen in anderen Lebensphasen zu Gute. Eine Politik mit älteren und für ältere Menschen ist insofern immer eingebunden in eine generationenübergreifende Politik der Sorge und Mitverantwortung.

9.1 Handlungsfelder und -bedarfe

In den vorausgehenden Kapiteln dieses Berichts werden die sozialräumlichen Bedingungen dieser Politik herausgearbeitet. In urban geprägten Gebieten und in den unterschiedlichen Regionen zeigen sich diese in Ungleichheiten und eigenen Charakteristika in Wohnraummerkmalen, in Zuweisungsprozessen sozialer Gruppen zu Wohnungsmarktsegmenten, in sehr unterschiedlich ausgestatteten Wohnquartieren, in unterschiedlichem Zugang zu Mobilitätsangeboten, insbesondere dem ÖPNV sowie in der unterschiedlichen Verfügbarkeit von sozialen, kulturellen und versorgungsbezogenen Angeboten vor Ort und in der Region. Viele strukturschwache ländliche Gebiete sind hingegen geprägt durch den Wegzug der jüngeren Generationen und – damit verknüpft – den Rückgang von Steuereinnahmen sowie eine Ausdünnung der öffentlichen Infrastruktur; diese Entwicklung führt häufig zu einer zunehmenden Belastung derjenigen familiären und nachbarschaftlichen Netzwerke, die Unterstützung und Pflege für Ältere übernehmen können. Für die unterschiedlichen kommunalen Handlungsebenen ergeben sich daraus Herausforderungen, die ein vernetztes Vorgehen erforderlich machen. Außerdem bedarf es gesetzlicher Rahmenbedingungen, die Handlungsspielräume für eine lokale Politik eröffnen.

Die in diesem Bericht aufgezeigten regionalen und lokalen Disparitäten und Aspekte der sozialen Ungleichheit verdienen bei der Gestaltung einer Politik für ältere Menschen und mit älteren Menschen besondere Aufmerksamkeit (vgl. Kapitel 4 und 5 in diesem Bericht). Die soziale Lage älterer Menschen beeinflusst maßgeblich ihren Gesundheitsstatus. Geringer Bildungsstand, niedriges Einkommen und Arbeitslosigkeit sind mit schlechterer Gesundheit, geringerer sozialer Integration und geringerer gesellschaftlicher Teilhabe verbunden. Ältere Menschen, die in wirtschaftlich benachteiligten Regionen leben, sind doppelt von Ungleichheit betroffen: Zum einen leben sie in Regionen, die zum Teil nur geringe Möglichkeiten haben, über die Pflichtaufgaben hinaus eine soziale Infrastruktur aufzubauen, zu erhalten oder weiterzuentwickeln. Zum anderen haben viele ältere Menschen in diesen Regionen aufgrund schlechterer Gesundheit einen erhöhten individuellen Unterstützungsbedarf bei gleichzeitig geringeren außerfamiliären Unterstützungspotenzialen. Solche regionalen Disparitäten und sozialen Unterschiede erfordern eine neue Kooperation von Sozialversicherungen und Kommunen, für die entsprechende Regelungen zu schaffen sind.

Für ein gutes Leben im Alter ist eine örtlich verfügbare gesundheitliche Versorgungsstruktur von großer Bedeutung. Die gesundheitliche Versorgung kann nicht allein auf der Ebene der Leistungserbringung und Prozessgestaltung verbessert werden; darüber hinaus muss auch die Versorgungsstruktur vor Ort Berücksichtigung finden. Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen ist in die regionalen und lokalen Planungsstrategien einzubeziehen. Dies gilt hinsichtlich der haus- und fachärztlichen Versorgung, der Versorgung mit Krankenhäusern, der Versorgung durch andere Gesundheitsfachberufe sowie der vernetzten Zusammenarbeit. Es

drohen erhebliche Versorgungslücken, insbesondere in ländlichen Räumen. Die in Zukunft für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung erforderlichen Vernetzungs-, Koordinations- und Integrationsleistungen können nur im Rahmen eines dezentralisierten Gesundheitswesens erbracht werden. In den Ausführungen dieses Berichtes zur gesundheitlichen Versorgung wird deutlich, dass die Qualität der gesundheitlichen Versorgung wesentlich von der Qualität der örtlichen Versorgungsbedingungen und der Nutzung neuer Gestaltungsmöglichkeiten abhängt. Auf diese beiden Aspekte muss in der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung abgestellt werden; sie sind wesentlicher Teil einer Politik für ältere Menschen.

Pflege- und Sorgestrukturen werden – angesichts des zurückgehenden familiären Pflegepotenzials und des sich deutlich abzeichnenden Fachkräftemangels in der Langzeitpflege – weniger tragfähig. Deshalb gewinnen wohlfahrtspluralistische Versorgungsstrukturen unter Einbeziehung freiwilligen Engagements an Bedeutung. Diese setzen eine Flexibilisierung im Leistungserbringungsrecht und entsprechende Infrastrukturen zur Stärkung von Nachbarschaften und Quartieren voraus. Zudem ist ein professionelles und nachhaltiges Care und Case Management notwendig. Um die Teilhabe der auf Pflege angewiesenen Menschen und ihrer Angehörigen zu gewährleisten, bedarf es teilhabeorientierter Pflege- und Sorgeansätze. Pflege und Assistenz müssen vor Ort gestaltet werden. Neben lokaler Beratung und Hilfeplanung ist eine abgestimmte kommunale Steuerung von Wohnangeboten, Begegnungsmöglichkeiten, Verkehr, Nahversorgung, Barrierefreiheit, Beratungs- und Pflegeinfrastruktur erforderlich.

Auch in der Wohnungspolitik sind die Herausforderungen für die Kommunen je nach Region sehr unterschiedlich: In Wachstumsregionen ergeben sich gerade für ältere Menschen mit geringeren Einkommen Probleme, geeigneten Wohnraum zu finden. Hier ist auf der kommunalen Ebene bezahlbarer Wohnraum zu schaffen und zu erhalten. Außerdem müssen die Wohnungen auch für Menschen, die weniger mobil sind, gut zugänglich sein. In ländlichen Regionen geht es vor allem um die Frage, wie ältere Menschen zu den bisweilen weit entfernten Angeboten an Gütern und Dienstleistungen kommen können, außerdem steht die Barrierefreiheit der Wohnungen auch hier auf der Agenda. Damit ältere Menschen möglichst lange selbstständig leben können, müssen generell Barrieren in der Wohnung und im Wohnumfeld abgebaut werden. Darüber hinaus müssen die Mobilität und die Erreichbarkeit älterer Menschen gesichert werden. Die für eine altersgerechte Weiterentwicklung der Wohnungs- und Wohnpolitik notwendige Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Ämtern und Akteuren ist hier wichtig.

Zahlreiche Ansätze in den Kommunen zeigen, dass eine bedarfsgerechte Ausgestaltung von Wohnen und Wohnumfeld und von Netzwerken, die einen Austausch über die Bedarfe befördern, häufig in Zusammenarbeit mit den älteren Nutzerinnen und Nutzern erfolgt. Daran knüpft die Altenberichtskommission an und bekräftigt, dass es insgesamt eine Politik mit älteren Menschen und für ältere Menschen erfordert, Instrumente der Regional- und Stadt- sowie Quartiersentwicklung stärker mit den Instrumenten der Sozial- und Altenplanung zu verschränken.

9.2 Rahmenbedingungen für eine lokale Politik

Die Entwicklung einer Politik für und mit älteren Menschen wird durch verschiedene Rahmenbedingungen beeinflusst, von denen im Folgenden einige benannt werden.

Demografischer Wandel und kommunale Finanzen

Die demografische Entwicklung hat einen großen Einfluss auf die Finanzlage der Kommunen. Wenn bestehende Infrastrukturleistungen nicht an eine sinkende Einwohnerzahl angepasst werden können, kann dies „fiskalischen Stress“ erzeugen (Boettcher 2012). Die demografische Entwicklung (insbesondere der Rückgang der Erwerbspersonenzahl) hat auch Auswirkungen auf die kommunale Daseinsvorsorge, da weniger Einnahmen (zum Beispiel aus der Einkommenssteuer) für die zu leistenden kommunalen Aufgaben zur Verfügung stehen. Die Verschuldung der Kommunen in Deutschland ist empirisch gut belegt (Wagschal u. a. 2014), wobei es große regionale Unterschiede gibt (Wagschal 2014; Eltges 2014; vgl. auch Holtkamp und Kuhlmann 2012).

Die sehr ungleich verteilten kommunalen Einnahmen und die steigenden Ausgaben für Sozialhilfeleistungen beeinträchtigen die finanziellen Handlungsspielräume vieler Kommunen und wirken sich zusätzlich belastend auf die soziale Lage der Menschen vor Ort aus. Sinkende Steuereinnahmen in den kommunalen Haushalten bei gleichzeitig wachsenden sozialen Problemen in den Städten und Regionen stellen öffentliche Verwaltungen vor große Herausforderungen. In Städten mit steigendem Steuereinkommen sind die Herausforderungen einer zukunftsfähigen Wohnungspolitik dringend, nötige Infrastrukturinvestitionen werden nicht im notwendigen Umfang getätigt.

Ebenen lokaler Politik

Das deutsche Kommunalrecht in seinen jeweiligen landesrechtlichen Ausprägungen (Burgi 2013; Geis 2014) unterscheidet zwischen der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte beziehungsweise Stadtkreisen und den jeweiligen kreisangehörigen Gemeinden und Städten. Die Adressaten der Umsetzung von Bundesgesetzen sind, sofern die kommunale Ebene einbezogen ist, in aller Regel die Kreisebene respektive die Ebene der kreisfreien Städte. Dies gilt namentlich für die Politik für und mit älteren Menschen in maßgeblichen Politikfeldern der Pflege, der „Altenhilfe", der Eingliederungshilfe und des öffentlichen Gesundheitswesens. Dabei können an die großen Kreisstädte Aufgaben zur „Erledigung im übertragenen Wirkungskreis" delegiert werden. Das ist bei bevölkerungsreichen Landkreisen häufiger der Fall und sinnvoll. Kommunale Aufgaben können überdies in interkommunaler Zusammenarbeit, in Verbandsgemeinden, Zweck- oder anderen höheren Kommunalverbänden wahrgenommen werden. Je nach Bundesland werden typischerweise den Kommunen zugeordnete Aufgaben auch an kommunale Zweckverbände oder überörtliche Träger übertragen, wie etwa die Eingliederungshilfe in Bayern an die Bezirke. Unterhalb der Ebene der Städte und Gemeinden sehen die jeweiligen Kreis- und Gemeindeordnungen Optionen sublokaler Selbstverwaltung oder Beteiligung vor, sei es in Ortschaften, Stadtteilen oder Bezirken. Diese sublokalen Einheiten (Burgi 2013; Geis 2014) berücksichtigen zum Teil kommunale Traditionen und historische Entwicklungen in den Regionen, etwa im Zusammenhang mit Eingemeindungen und Gemeinde- und Kreisreformen. Der ortsspezifische Traditionsbezug steht einer einheitlichen Struktur sublokaler Kommunalpolitik entgegen. Unterhalb der in den Gemeindeordnungen anerkannten sublokalen Einheiten kennen die Verwaltungspraxis und die Stadt- sowie Dorfentwicklung weitere (Planungs-)Einheiten, seien es Sozialräume, Quartiere, Stadtregionen oder Stadtteile, die in der aktuellen Politik für ältere Menschen Relevanz haben (Lübking 2013).

Handlungsformen kommunaler Politik

In diesem Geflecht unterschiedlicher kommunaler Handlungsebenen kann sich eine lokale Politik für ältere und mit älteren Menschen entfalten. Dabei wird in einer von Finanzknappheit geprägten Haushaltssituation von Kommunen die Unterscheidung zwischen Pflicht- und freiwilligen Aufgaben zu einem entscheidenden Kriterium für die Handlungsspielräume einer lokalen Politik, sofern es um den Einsatz von Mitteln aus den kommunalen Haushalten geht. Unterschieden wird, je nach in den Ländern verfolgtem kommunalem Aufgabenmodell, in freiwillige Aufgaben, freiwillige Pflichtaufgaben und Pflichtaufgaben nach Weisung (Burgi 2013). Zum Bereich der freiwilligen Aufgaben gehört etwa die Infrastrukturförderung für Mehrgenerationenhäuser, Dorfgemeinschaftshäuser und Bürgerhäuser, für kulturelle Einrichtungen oder Maßnahmen der Seniorenpolitik. Die freiwilligen Aufgaben sind Ausdruck der Autonomie und Selbstverwaltung von Kommunen.

Landespolitische Fachpolitiken sind, soweit sie sich auf die Zusammenarbeit mit den Kommunen beziehen oder diese Zusammenarbeit vorsehen, mit dem Konnexitätsprinzip (vgl. Kapitel 2 in diesem Bericht) konfrontiert, nach dem Aufgaben und Finanzverantwortung stets zusammengehören: „Wer bestellt, der zahlt". So lässt sich etwa eine kleinräumige Infrastruktur mit Pflegestützpunkten, die manche Bundesländer (etwa Saarland, Rheinland-Pfalz) vorsehen (Frommelt u. a. 2008), nur durch eine entsprechende Landesförderung gewährleisten. Eine Mehrebenenfinanzierung im kooperativen Föderalismus ist neben den aus dem Konnexitätsprinzip resultierenden Restriktionen auch mit dem Verbot der Mischverwaltung konfrontiert, das sich etwa in der Arbeitsförderung in seiner verfassungsrechtlichen „Wucht" gezeigt hat (Kersten u. a. 2015).[62]

Kommunen zwischen Allzuständigkeit und Kompetenzverlust

Im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung sind die Gemeinden für alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft zuständig. Dies entspricht der Bedeutung des Ortes für die Lebensbedingungen der Bürgerinnen und Bürger. Diese aus Art. 28 Abs. 2 GG folgende verfassungsrechtliche Vermutung für die Allzuständigkeit der Kommunen wird durch den Katalog der Gemeindehoheiten konkretisiert. Die Gemeinden haben die Gebietshoheit, die Organisationshoheit, die Personalhoheit, die Finanzhoheit, die Planungshoheit und die Rechtsetzungshoheit für die Aufgaben des eigenen Wirkungskreises. Dabei können die Gemeinden nicht nur aufgrund eines Gesetzes tätig werden, vielmehr ist es ihnen möglich – sofern der örtliche Bezug und ausreichende eigene Verwaltungskraft gegeben sind – eigenständig Aufgaben an sich ziehen („Aufgabenfindungsrecht"). Die freiwillige Übernahme von Aufgaben muss sich jedoch an der gesamtstaatlichen Kompetenzordnung messen: Aufgaben des

[62] BVerfG 20. Dezember 2007 – 2 BvR 2433/04.

Landes oder des Bundes kann die Gemeinde nicht an sich ziehen, auch wenn sie der örtlichen Gemeinschaft zuzurechnen sind. Sie ist aber in unterschiedlicher Weise an den Aufgaben des Landes und des Bundes beteiligt.

Die Allzuständigkeit der Kommunen steht im Spannungsverhältnis zu der Zunahme zentralstaatlicher Vorgaben und den politikfeldspezifischen Steuerungsinstrumenten von der Gesundheitsversorgung mit ihrer funktionalen Selbstverwaltung, der Wettbewerbsneutralität des SGB XI in der Langzeitpflege bis zur Zuwanderungs- und Flüchtlingspolitik des Bundes und der Länder. Gerade dort, wo die Finanzkraft der Kommunen begrenzt ist, nehmen ihre Gestaltungsspielräume für eine lokale Politik tendenziell ab, während der Aufgabendruck gleichzeitig wächst. Hier werden besonders hohe Anforderungen an ihre Governance-Kompetenz gestellt. Damit sie ihre Handlungskompetenz erhalten können, brauchen besonders vom demografischen Wandel betroffene Städte und Regionen entsprechende Unterstützung, wie sie etwa im Zusammenhang mit der Reform der Gemeinschaftsaufgaben oder der Neuausrichtung des Solidarpakts II diskutiert werden.

Komplexe Akteurskonstellationen

In den in diesem Bericht bearbeiteten Themenfeldern Wohnen, Gesundheit und Pflege zeigt sich die hohe Komplexität der staatlichen Steuerung im kooperativen Föderalismus. Im Gesundheits- und Pflegewesen findet sich etwa eine zunehmend segmentierte Politik mit ökonomischen Steuerungsinstrumenten, die sich nicht auf eine Gesamtversorgung in Regionen beziehen. Die weitgehend von der Lokalpolitik gelöste Rationalität der Aushandlung von Qualitätsmaßstäben in korporatistischen Strukturen steht sowohl dem Leitbild einer vernetzten, sektorenübergreifenden, integrierten und wohnortnahen Versorgung als auch dem Leitbild einer von Bürgerinnen und Bürgern beziehungsweise Nutzerinnen und Nutzern geprägten Versorgungskultur entgegen. Diese Leitbilder werden von der Politik zwar immer wieder als Leitbilder für die Gestaltung des demografischen und sozialen Wandels ausgegeben und haben auch in Gesetze Eingang gefunden. Sie stehen aber auch in deutlicher Diskrepanz zu den dominant wirksamen Fachpolitiken mit ihrer jeweiligen ökonomischen und Förderlogik. Good Practice-Beispiele zeigen, wie sich trotz dieser Restriktionen vor Ort eine erfolgreiche Demografiepolitik gestalten lässt. Eine solche Politik bedarf der rechtlichen Flankierung auf bundes- und landesrechtlicher Ebene sowie der Vernetzung und Kooperation.

Bund und Länder legen durch die gesetzlichen Vorgaben die Verteilungsmodi der Sozialversicherung fest, insbesondere im Bereich der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung, auf die die Kommunen keinen unmittelbaren Einfluss nehmen können. Die Kommunen spielen in der bundespolitischen Diskussion um eine Weiterentwicklung der Kranken- und Pflegeversicherung nur eine nachgeordnete Rolle (erste Korrekturen dieser Gesundheits- und Pflegepolitik zeigen sich im Versorgungs- und Pflegestärkungsgesetz). Die Sozialversicherungsträger übernehmen eine immer stärkere Rolle als verlängerter Arm des Sozialstaates und setzen durch gesetzliche und vor allen Dingen untergesetzliche Normierungen – zum Teil im Rahmen der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung geschlossene Vereinbarungen – Vorgaben für Inhalte von Sozialleistungen, für deren Qualität sowie für die Logik ihrer Abrechnung und Distribution. Auch hier kommt den Kommunen lediglich eine randständige Bedeutung zu. Aufgrund der Etablierung neuer Leistungs- und Kontrollaufgaben hat der Einfluss der Sozialversicherungsträger zugenommen. Gleichzeitig nimmt durch die Wettbewerbssituation der Kassen untereinander deren Verantwortlichkeit gegenüber den örtlichen Bedingungen ab. Den Kommunen ist der unmittelbare Zugang zu den etwa auf Pflege- und Gesundheitsleistungen verwiesenen Bürgerinnen und Bürgern, auch im Beratungskontext, weitgehend verstellt, während gleichzeitig die Sozialversicherung näher an ihre Versicherten heranrückt (Servicenähe). Die versorgungsvertraglich gebundenen Dienstleister sind gleichzeitig jene Akteure, die die Infrastruktur gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung darstellen und sicherzustellen haben. Mangels entsprechender Planungsinstrumente ist den Kommunen – und damit den Bürgerinnen und Bürgern – der Einfluss auf die Infrastrukturentwicklung zumindest erschwert. Das sowohl im Kranken- als auch im Pflegeversicherungsrecht dominante Sachleistungsprinzip weist dem Markt der Gesundheits- und Pflegeleistungen eine hervorgehobene Rolle zu. Neben den versorgungsvertraglich gebundenen Dienstleistern finden sich gewerbliche Serviceanbieter auf dem Markt, wobei gerade im Bereich der Langzeitpflege der graue und der schwarze Markt eine große Rolle spielen (vgl. Kapitel 7 in diesem Bericht). Verschränkt werden diese Service- und Assistenzdienste zunehmend mit ehrenamtlich getragenen Unterstützungsformen oder mit Formen monetarisierten Engagements.

In diesem Akteursgeflecht agiert die Kommune und ist dabei auf Governancestrategien ebenso verwiesen wie auf rechtliche Rahmenbedingungen, die Handlungsmöglichkeiten eröffnen und absichern.

9.3 Politik für ältere und mit älteren Menschen: zwischen kommunaler Regie und Modellprogrammen

9.3.1 Strukturen herkömmlicher kommunaler „Altenpolitik“

Die bisherige kommunale Politik für ältere Menschen war und ist unter der Bezeichnung „Altenpolitik“ oder „Seniorenpolitik“ geprägt von Aktivitäten der Kommunen im Rahmen des weit gesteckten kommunalen Politikfeldes der Altenhilfe gemäß § 71 SGB XII, das in höchst unterschiedlicher Weise ausgestaltet und ausgelegt ist und in seiner Verortung im Sozialhilferecht schon lange problematisiert wurde. Die kommunale „Altenpolitik“ wurde lange begleitet und gefördert von den Ländern, die eigene Altenhilfestrukturen aufgebaut hatten: Diese reichen beziehungsweise reichten von Altenhilfefachberatern, von Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen in Baden-Württemberg (Knäpple 1996) bis hin zu Ansätzen quartiersbezogener „Altenpolitik“ in Nordrhein-Westfalen mit einem ressortübergreifenden Ansatz. Unterschiedliche Förderprogramme und fachwissenschaftliche Konzepte kommunaler Altenhilfeplanung (Blaumeiser u. a. 2002) flankieren kommunale Bemühungen um eine integrierte und partizipativ orientierte Altenplanung.

Die organisatorische Zuordnung der kommunalen „Altenhilfe- oder Altenpolitik“ unterliegt seit einiger Zeit einem deutlich wahrnehmbaren Wandel. Aus den auf Kreisebene wahrzunehmenden Aufgaben der „Altenhilfe“ ergibt sich in der Regel eine Ressortierung der „Altenpolitik“ im Sozialdezernat. Typisch waren und sind für ältere Menschen zuständige Verwaltungseinheiten auf Gemeinde- oder Kreisebene (Referate Altenhilfe, Leitstelle Älterwerden, Seniorenbüro), in denen die Fachkompetenz für das Thema „Alter“ zusammengefasst und Informationen und Dienstleistungen für ältere Menschen vorgehalten oder vermittelt werden. Flankiert durch in manchen Bundesländern gesetzlich vorgesehene Seniorenbeiräte und kommunale Ausschüsse haben sich auf diese Weise altenpolitische Politikfelder mit entsprechenden Strukturen der Aushandlung, des Interessenausgleichs und der Kooperation zwischen politischen Akteuren, Verbänden, Interessenvertretungen und kommunaler Verwaltung herausgebildet. Neben den zielgruppenspezifischen kommunalen Politiken mit älteren und für ältere Menschen finden sich Politikansätze, die das Thema „Alter“ zum zentralen Bestandteil einer Generationenpolitik vor Ort erklären, in deren Rahmen altenpolitische Fragen als Kernelemente einer Demografiepolitik verstanden werden oder das Thema „Alter“ mit einer breit angelegten Nachhaltigkeitspolitik verbunden wird. Dies schlägt sich in Kooperationen, in Netzwerken und in einer sektorenübergreifenden Bearbeitung generationenbezogener Fragen nieder. Das Thema „Alter“ ist selten auf der Ebene der Gemeinden angesiedelt. Gleichwohl lassen sich immer häufiger altenpolitische Profilierungen auf Gemeindeebene beobachten; zu nennen sind hier eigene Planungsinitiativen, die dieses Thema zum Gegenstand haben (Bischof und Weigl 2010). Das Fehlen von Wohnangeboten, der Wunsch nach neuen, wohnortnahen Versorgungsformen und die Brisanz des Themas „Demenz“ tragen zur Dringlichkeit der altersrelevanten Politikgestaltung bei. Kommunalpolitiker sind zunehmend besorgt, dass ohne eine entsprechende Infrastruktur des Wohnens und der Sorge ältere Menschen aus ihren Gemeinden abwandern: In manchen Regionen sind deutliche Zu- oder Abwanderungen älterer Menschen zu beobachten, auf die mit „altenpolitischen“ Aktivitäten der Kommunen reagiert wird. Die Verortung des Themas „Alter“ ist ebenso unterschiedlich wie die Priorität, die diesem Thema beigemessen wird. Dies hängt mit kommunalpolitischen Schwerpunkten von Mandatsträgern und Mandatsträgerinnen, von Bürgermeistern und Bürgermeisterinnen oder von Sozialdezernenten und Sozialdezernentinnen zusammen.

9.3.2 Modellprogramme

Für die kommunale Altenpolitik waren in den letzten Jahrzehnten Modellprogramme, unter anderem vom Bund, stilbildend: „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ (BMFSFJ 2004), das Programm „Mehrgenerationenhäuser“ (DStGB und BMFSFJ 2014) sowie das Programm „Aktiv im Alter“ (Klie und Marzluff 2013). Nicht nur das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat entsprechende Modellprogramme aufgelegt; auch andere Ressorts, die Länder und Stiftungen haben sich dem Thema „Kommunale Politik für ältere und mit älteren Menschen“ angenommen. Bei den Stiftungen sind die Programme SONG[63], USable[64] oder die

[63] www.netzwerk-song.de (Zugriff am 30. September 2015).

[64] www.koerber-stiftung.de/gesellschaft/transatlantischer-ideenwettbewerb-usable.html (Zugriff am 1. Oktober 2015).

Aktivitäten des Generali Zukunftsfonds[65] zu nennen. Auch die kommunalen Spitzenverbände haben sich diesem Thema gewidmet (DStGB 2012). Schließlich positionierten sich Wohlfahrtsverbände in der kommunalen Altenpolitik. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge hat Anregungen sowie Good Practice-Beispiele kommunaler Altenpolitik aufgearbeitet und zugänglich gemacht (Bischof und Weigl 2010). Pflegekassen haben aus Mitteln des Ausgleichsfonds Modellprogramme und Förderprojekte aufgelegt, die sich in den Themenfeldern „Wohnen“ und „Pflege“ innovativen Ansätzen widmen.[66] Auch aus dem Bereich der Stadt- und Regionalentwicklung sind zahlreiche Förder- und Modellprogramme bekannt, wie etwa das Aktionsprogramm „Regionale Daseinsvorsorge“[67], das Forschungsfeld „Innovationen für familien- und altengerechte Stadtquartiere“ des Experimentellen Wohnungs- und Städtebaus oder die Städtebauförderungsprogramme[68] „Soziale Stadt“ und „Kleinere Städte und Gemeinden – überörtliche Zusammenarbeit und Netzwerke“. Auch Projekte der „Integrierten Ländlichen Entwicklung“, die über den Europäischen Landwirtschaftsfonds (ELER) kofinanziert werden, widmen sich vermehrt Fragen einer kommunalen und lokalen Politik im ländlichen Bereich.

Derartige Initiativen, Programme, Modellförderungen und Wettbewerbe sind zeitlich begrenzt. Insbesondere Förderungen auf Bundesebene sind aus kompetenz- und haushaltsrechtlichen Gründen zeitlich limitiert. Es konnten wesentliche Wissensbestände über Strategien kommunaler Governance und einer lokalen Politik mit älteren Menschen und für ältere Menschen entwickelt werden. Auch haben Modellförderungen, etwa in der Sozialen Stadt oder im Programm Mehrgenerationenhäuser, die Governance-Kompetenz und die Innovationsfähigkeit auf kommunaler Ebene erhöht und zudem Netzwerkstrukturen gefördert, die auch über die jeweilige Programmdauer hinaus wirken. Für die Erprobung neuer sektorenübergreifender Politikansätze können auch die Erfahrungen und Ergebnisse des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ herangezogen werden, die insbesondere für die Bearbeitung von Problemsituationen in prekären beziehungsweise benachteiligten Stadtquartieren Vorbilder liefern. Das darin verankerte weite Spektrum an Beteiligungs- und Managementverfahren verknüpft partizipative Elemente politischer Beteiligung mit Formen bürgerschaftlichen Engagements. Nun geht es darum, aus der Phase der Modell- und Programmförderung herauszutreten, ressort- und politikfeldübergreifende Förderansätze vor Ort zu verstetigen und in eine strategisch orientierte kommunale Politik zu überführen. Die Zeit einer ausschließlichen Konzentration der Modellprogramme sollte hinter uns liegen: Es bestehen weniger Wissens- als Umsetzungsdefizite. Es geht nun darum, das vorhandene Wissen über förderliche Bedingungen für erfolgreiche lokale Politik für ältere und mit älteren Menschen in einen konsistenten Politikansatz zu übertragen.

9.3.3 Governance

Für die Diskussion um eine Weiterentwicklung und Stärkung lokaler Politik ist ein Governance-basiertes Politikverständnis von Bedeutung, da es die Notwendigkeit einer Koproduktion unterschiedlicher gesellschaftlicher Sektoren in den Blick nimmt. Eine lokale Politik ist nicht primär eine Politik der Infrastrukturfinanzierung und Gewährung von Sozialleistungen, so wichtig beide Aufgaben auch sind. Sondern sie ist vor allem dann erfolgreich, wenn sie Entscheidungen mit allen relevanten Akteuren aushandelt und umsetzt.

In der politik- und verwaltungswissenschaftlichen Diskussion wird Governance als ein analytisches Konzept präsentiert, das sich mit den Regelungsstrukturen und Regelungsweisen aus den unterschiedlichen Ebenen politischen Handelns auseinandersetzt und die gesellschaftlichen Verflechtungen und Interdependenzen in den Blick nimmt. Governance-Ansätze gehen von der Erkenntnis aus, dass politische Steuerung zunehmend in einem Mix verschiedener Mechanismen erfolgt. Als Leitbild und Reformkonzept der Verwaltungspolitik (Benz und Dose 2010: 176) wird Governance als konzeptionelle Alternative zu dem in den 1980er und 1990er Jahren prägenden Reformmodell des New Public Management verstanden, das an einer manageriellen Ausrichtung der Verwaltungspolitik orientiert war. Das Konzept der Governance geht vielmehr davon aus, dass in Handlungsfeldern mit komplexen Akteurskonstellationen eine exklusive Verantwortung des Staates für politische Steuerung und Koordination nicht zielführend ist. Governance setzt darauf, gesellschaftliche Akteure in die Zielformulierung, Entscheidungsfindung und Problembewältigung einzubeziehen. Gerade mit Blick auf eine lokale Politik mit älteren und für ältere Menschen ist es wichtig, Politik als Governance zu verstehen, weil damit in den Blick gerät, dass

[65] http://zukunftsfonds.generali-deutschland.de/online/portal/gdinternet/zukunftsfonds/content (Zugriff am 29. September 2015).

[66] www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/modellprojekte.jsp (Zugriff am 30. September 2015).

[67] www.regionale-daseinsvorsorge.de/moro (Zugriff am 30. September 2015).

[68] www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/DE/Programm (Zugriff am 1. Oktober 2015).

eine segmentierte Politik Probleme aufwirft, dass eine Koordination verschiedener gesellschaftlicher Sektoren notwendig ist, dass Entscheidungsfindung durch Verhandlung und Beratung erfolgen sollte und dass bei der Umsetzung von Entscheidungen verschiedene Akteure zusammenwirken müssen. Governance-Kompetenz und die Entwicklung einer Innovationskultur auf kommunaler Ebene werden als Schlüsselfaktoren für die Gestaltung des demografischen und sozialen Wandels verstanden. Es gibt keine Alternative zu einer governance-orientierten lokalen Politik.

9.4 Politik für und mit älteren Menschen: zu neuen Strukturen der Mitverantwortung und Sorge

9.4.1 Leitbild Zugehörigkeit und Teilhabe

Die Ermöglichung von Zugehörigkeit ist das zentrale Ziel des Sozialstaatsprinzips. Der Begriff geht in seiner sozialpolitischen Bedeutung über den in diesem Bericht in den Vordergrund gestellten Begriff der Teilhabe hinaus, der sich auf den Inklusionsgedanken bezieht. Eine Politik mit älteren Menschen und für ältere Menschen als Teil von Sozialpolitik zielt auf die erfahrbare Wertschätzung; sie erschöpft sich nicht in einer Inanspruchnahme sozialer Infrastruktur im Sinne einer technisch reibungslosen Deckung eines Bedarfes. Die soziale Infrastruktur im Sinne eines weiteren Verständnisses von Daseinsvorsorge, wie es diesem Bericht zugrunde liegt, dient einem guten Leben älterer Menschen. Die Achtung und der Respekt vor älteren Menschen generieren einen symbolischen Mehrwert. Das Leitbild der Zugehörigkeit, das sich auch in der Semantik von „Caring Communities“, „Compassionate Cities“ und „lokalen Verantwortungsgemeinschaften“ widerspiegelt, kann einer kommunalen Sozialpolitik für ältere Menschen als Orientierungspunkt dienen. Eine kommunale Sozialpolitik ohne Leitbild bleibt technisch und wird den sozialen und kulturellen Herausforderungen, die in diesem Bericht thematisiert werden, nicht gerecht.

9.4.2 Kommunale Politik für und mit älteren Menschen

Der klassische kommunalpolitische Anknüpfungspunkt für eine Politik für ältere und mit älteren Menschen ist die in § 71 SGB XII geregelte Altenhilfe. Die Altenhilfe führt leistungsrechtlich ein Schattendasein: Lediglich 19.341 Bürgerinnen und Bürger über 65 Jahre erhielten in Deutschland im Jahr 2013 Altenhilfe (und/oder Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes).[69] Die klassische Altenhilfe taugt nicht für eine sektorenübergreifend angelegte, soziale Infrastrukturen sichernde und vernetzende örtliche Politik. Und sie erfasst auch nicht die Handlungsfelder und Möglichkeiten einer Altenpolitik, die auf Mitwirkung und Akteurskonstellationen setzt, in denen alte Menschen selbst eine aktive Rolle einnehmen. Eine kommunale Politik für ältere und mit älteren Menschen bezieht die Lebenslagen und Lebensbedingungen älterer Menschen in allen relevanten Politikfeldern auf der örtlichen, der kommunalen und der regionalen Ebene ein:

- Die Zugänglichkeit und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen sowie die Verfügbarkeit haushaltsnaher Dienstleistungen bis hin zu fachpflegerischer Unterstützung haben maßgeblichen Einfluss auf den Umgang mit gesundheitlichen Risiken und die Bewältigung von Behinderungen und Pflegeaufgaben im Alter. Sie sind auch und besonders für Ältere mit Migrationshintergrund und in prekären Lebenslagen zu sichern.
- Die lokale Wohnungspolitik spielt für ein sozial integriertes, für das Alter angemessenes Wohnen eine große Rolle. Angesichts des ausgesprochen geringen Anteils barrierefreier Wohnungen in Deutschland (BMVBS 2011b) besteht mit Blick auf wohnungspolitische Maßnahmen sowohl bei Wohnungen im Bestand als auch bei Modernisierungsmaßnahmen und Neubauten großer Handlungsbedarf, dabei muss zentral auf die Verträglichkeit der Miethöhen auch für ältere Menschen mit geringem Einkommen geachtet werden (vgl. Abschnitt 8.4.1 in diesem Bericht).
- Die Verfügbarkeit eines altersfreundlich gestalteten öffentlichen Nahverkehrs sowie lückenlose Mobilitätsketten wirken sich positiv auf soziale Teilhabe aus; zugleich fördern sie die Teilnahme am Konsum und die Nutzung der örtlichen und regionalen Infrastruktur.

[69] www.gbe-bund.de (Zugriff am 1. Oktober 2015).

- Fragen der Zugänglichkeit zu digitalen Netzwerken haben Einfluss auf die Einbeziehung von technischen Unterstützungsoptionen für die Lebensgestaltung im Alter – von E-Health bis zu sozialen Netzwerken.
- Funktionierende Nachbarschaften, gegebenenfalls flankiert durch sozialraumbezogene Koordinationsaufgaben (in städtischen Kontexten als Quartiersmanagement bekannt und erprobt), vermitteln das subjektive Gefühl von Sicherheit, sozialer Zugehörigkeit, schaffen und erhalten Räume für soziale Kontakte außerhalb der Familie (vgl. Abschnitt 8.4.5 in diesem Bericht).

Wenn es darum geht, eine integrierte, lokal angepasste kommunale Politik mit älteren und für ältere Menschen fortzuführen oder neu aufzusetzen, kann an frühere Diskussionen über ein Altenhilfestrukturgesetz angeknüpft werden (Ziller 1992). Der Ansatz aus den 1990er Jahren kann weiterhin bedeutsam sein, wenn er einem versorgungssystematischen, Segmentierungen überwindenden Konzept folgt (wie dies programmatisch im SGB IX für den Teilhabebereich versucht und normiert worden ist), wenn er klare Aufgabenbeschreibungen, eine Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten sowie finanzielle Handlungsspielräume eröffnet und eine fachliche Unterstützung und Supervision der Kommunen sicherstellt (Herweck 2015). Auch an die Vorarbeiten für eine „Strukturreform Pflege und Teilhabe“, die sich an der Konzeption des Kinder- und Jugendhilferechtes (dem SGB VIII) orientieren, kann angeknüpft werden (Hoberg u. a. 2013). Rixen (2015) schlägt im Zusammenhang mit der Diskussion über die Gestaltung des demografischen Wandels als Verwaltungsaufgabe gesetzliche Regelungen vor, die neben der Verpflichtung von Bundesfachplanungen zur Einbeziehung der kommunalen Ebene eine neue Gemeinschaftsaufgabe für altengerechte beziehungsweise gesundheitsbezogene Unterstützungsbedarfe kennen und eine konsequente Planung von sozialer Infrastruktur auf der Ebene von Sozialräumen vorsehen.

9.4.3 Gesetz zur Stärkung einer Politik für ältere und mit älteren Menschen

Die in diesem Bericht zusammengetragenen Analysen und Empfehlungen an die Politik können in wesentlichen Teilen in einem Gesamtpaket zur Stärkung der Politik mit älteren Menschen und für ältere Menschen aufgegriffen werden. Der Handlungsbedarf auf Bundesebene ergibt sich aus den zunehmend divergierenden Lebensbedingungen in den unterschiedlichen Regionen Deutschlands, die in diesem Bericht herausgearbeitet wurden. Der demografische und soziale Wandel verlangt nach einer Stärkung der kommunalen Handlungsebene im Sinne der Sicherung der Daseinsvorsorge und Infrastrukturentwicklung zur Gewährleistung gleichwertiger Lebensbedingungen in den unterschiedlichen Regionen. In einem Leitgesetz zur Stärkung einer Politik für ältere und mit älteren Menschen könnte eine Politik für aktive Teilhabe und Hilfen von und für ältere Menschen konkretisiert und in einem Artikelgesetz unter Einbeziehung inhaltlich miteinander verbundener Regelungen in verschiedenen Gesetzen zu einem konsistenten Politikansatz zusammengefasst werden. Dieses Leitgesetz sollte auf die in § 71 SGB XII mitbedachten Altenhilfestrukturen auf kommunaler Ebene ausgerichtet werden; es sollten Fragen des Verbraucher- und Erwachsenenschutzes einbezogen und den Kommunen Planungs- und Koordinationsaufgaben übertragen werden. Anstoß und kompetenzrechtlicher Hintergrund für ein Bundesgesetz sind die durch den demografischen Wandel provozierten Herausforderungen sowie die in den unterschiedlichen Regionen Deutschlands in ihren Voraussetzungen bedrohten gleichwertigen Lebensbedingungen für ältere Menschen. Dabei wäre die Querschnittsperspektive, die auch diesen Bericht prägt, zentral: Fragen des demografischen Wandels und einer Gesellschaft des langen Lebens, Fragen der Subsidiarität und des Wohlfahrtspluralismus passen nicht zu einem weiterhin auf Segmentierung setzenden Politikansatz. Sie verlangen nach einer querschnittlichen Betrachtung und Strategie sowie nach einem Regelungsansatz, der den kooperativen Föderalismus in seiner Konstruktion und Funktionsweise berücksichtigt. Wenn die in diesem Bericht diskutierten Fragestellungen und Empfehlungen zusammengeführt und in eine Ordnung gebracht werden, könnte ein Gesetz zur Stärkung einer Politik für ältere und mit älteren Menschen unter anderem folgende Bausteine enthalten:

a) Zielsetzungen, Aufgaben, Strukturen

- Allgemeine Zielsetzungen und Grundsätze: Ähnlich wie in der Kinder- und Jugendhilfe lassen sich für eine Politik mit älteren und für ältere Menschen Zielsetzungen und Grundsätze identifizieren, die eine politische und kulturelle Ausrichtung auf Fragen des Alters beinhalten. Dabei spielen Zugehörigkeit und Teilhabe als sozialpolitisches Ziel eine besondere Rolle. Derartige allgemeine Zielsetzungen und Grundsätze lassen sich in einem auf Planung und Infrastrukturentwicklung ausgerichteten weiterentwickelten „Altenhilfe“-Konzept des § 71 SGB XII verankern, der gegebenenfalls aus dem SGB XII in ein eigenständiges Gesetz zu verlagern wäre. Auch können die Zielsetzungen und Grundsätze im ersten Abschnitt des SGB I verankert werden. Hier

wären die Aufgaben im Hinblick auf soziale Rechte älterer Menschen zu beschreiben, wie dies für andere Zielgruppen geschehen ist.

- Die bislang in § 71 SGB XII beschriebenen Aufgaben der Kommunen im Rahmen der Altenhilfe verdienen sowohl semantisch als auch in ihrer Struktur und Konsistenz eine Revision. Nicht in der Praxis kaum realisierte und eingeforderte Individualansprüche hätten im Vordergrund zu stehen, sondern die Infrastruktur- und Planungsverantwortung der Kommunen, verbunden mit einer gesetzlich verankerten Koordinierungsfunktion. Dabei sind die Aufgaben der Kommunen nach anderen Gesetzen, sei es nach dem Baugesetzbuch, dem SGB V oder XI in ihrer jeweiligen Konkretisierung durch das Landesrecht einzubeziehen, gegebenenfalls mit entsprechenden Anpassungen der Aufgabenbeschreibungen für die Kommunen dort selbst.
- Die Aufgaben der Förderung der aktiven Beteiligung älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben, ihres bürgerschaftlichen Engagements, aber auch der Förderung der Sorge und Unterstützung für ältere Menschen kann in einer Konkretisierung der Vorschriften des § 71 SGB XII aber auch in anderen bundesgesetzlichen Regelungen, sei es in einem zu reformierenden Bundesfreiwilligengesetz, das auch älteren Menschen den Zugang ermöglicht, verankert werden.
- Der grundrechtliche Schutzbedarf älterer Menschen, insbesondere vulnerabler älterer Menschen, ist nicht hinreichend gewährleistet. Die Diskussion um eine Weiterentwicklung des Erwachsenenschutzes hat Anknüpfungspunkte auch und gerade in der Schutzbedürftigkeit Älterer, insbesondere im Kontext von Pflege und Sorge. Diese Schutzbedarfe lassen sich in Einklang mit der Behindertenrechtskonvention unbeschadet der Zuständigkeiten der Länder für den heimrechtlichen Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner von kollektiven Wohnformen im Betreuungsrecht regeln, sowohl im Betreuungsbehördengesetz als auch gegebenenfalls in einer in Diskussion befindlichen zivilrechtlichen Vorschrift zum sogenannten Altenwohl (Zenz 2007).
- Eine Weiterentwicklung des zivilrechtlichen Heimrechts (WBVG) im Sinne eines Verbraucherschutzrechtes für ältere Menschen kann mietrechtliche Fragen aufnehmen (altengerechter Umbau) sowie vertragliche Flankierungen neuer Wohn- und Versorgungsformen (etwa ambulant betreute Wohngemeinschaften) vorsehen, für die das WBVG bislang keine passfähigen Regelungen enthält.
- Die Bedeutung einer integrierten, sozialraumorientierten kommunalen Planung für eine die unterschiedlichen Lebenslagen älterer Menschen reflektierende Daseinsvorsorge sollte sich in Planungsobliegenheiten beziehungsweise ihrer obligatorischen Berücksichtigung in den Stadtentwicklungs-, Dorf- und Regionalplanungen sowie Fachplanungen (Pflege, Gesundheit, ÖPNV, Regionalplanung) niederschlagen.
- Für besonders vulnerable Personengruppen haben sich auf kommunaler Ebene Strukturen des Care und Case Management bewährt. Diese können durch Qualitätsvorgaben für die Umsetzung von Case Management und Verpflichtungen zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit unter kommunaler Federführung unterstützt werden.
- Auf der sublokalen Quartiers- und Dorfebene zeigt sich der Bedarf an generationenübergreifenden Quartiers- und Dorfentwicklungskonzepten und -strukturen. Dorf- und quartiersbezogene Förderprogramme wie „Soziale Stadt", „Kleine Städte und Gemeinden" oder die Dorfentwicklung im Rahmen der „Integrierten Ländlichen Entwicklung" sollten Anreize und Verpflichtungen zur Kooperation und zur Vernetzung enthalten. So können Synergien genutzt sowie Parallel- und Doppelstrukturen vermieden werden. Dem Programm „Mehrgenerationenhäuser" kommt hier in konzeptioneller Hinsicht eine Orientierungsfunktion zu.

b) Politikfelder

Gesundheit

Im Kapitel Gesundheit wurde der Reformbedarf in der gesetzlichen Krankenversicherung ebenso betont wie die Bedeutung der Kommunen für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung, der Gesundheitsförderung und Prävention, der Palliation und der örtlichen Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistern. Dabei wurden die Diversität der Nutzerinnen und Nutzer und die Ungleichheit ihrer jeweiligen Ressourcenausstattung besonders berücksichtigt. Problemübergreifende Versorgungspfade für ältere Menschen werden durch Segmentierungen in der gesundheitlichen Versorgung ebenso behindert wie durch ökonomische Anreize. Auch hier finden sich unterschiedliche Anknüpfungspunkte, die in einem Artikelgesetz aufgegriffen werden können:

- Die Ansätze des Versorgungsstärkungsgesetzes zur Kompetenzerweiterung von Kommunen sollten konsequent weiterentwickelt werden.
- Präventiv orientierte Ansätze in der Gesundheitsversorgung sollten gesetzlich geregelt werden – vom präventiven Hausbesuch bis hin zur Gemeindeschwesterfunktion respektive zur Erweiterung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege. In § 37 SGB V sollte die Koordinierungsfunktion der Kommunen für Fragen der gesundheitlichen Versorgung verbindlich verankert werden (ÖGDG).
- Eine regionale Orientierung von Versorgungsmanagementansätzen sollte verbindlich niedergelegt werden (§ 11 SGB V).
- Die Kooperation des formellen Gesundheitswesens mit bürgerschaftlichen und Selbsthilfeorganisationen sollte gestärkt werden.

Wohnen

Das Baugesetzbuch kennt in seinen allgemeinen Zielsetzungen (§ 1 Abs. 6 Ziff. 3 BauGB), aber auch in seinen Instrumenten der Stadtentwicklung, die Berücksichtigung der Belange älterer Menschen und ihrer Lebenssituation. Die Verbindung von Stadtentwicklung, von Regionalentwicklung und kommunalen Planungen für ältere und mit älteren Menschen wird vor Ort praktiziert. Sie kann allerdings sowohl auf der bundes- als auch auf der landesrechtlichen Ebene noch stärker unterstützt werden, sei es durch eine Präzisierung der Instrumente etwa nach §§ 171f. BauGB oder die Erweiterung der Verträglichkeitsprüfung in der Baunutzungsverordnung (§ 11 BauNVO), sofern es um die Planung von Infrastrukturen für die kollektive Versorgung für ältere Menschen geht. Die Verankerung der Sozialraumorientierung sowohl in einem altengerechten Raumordnungs- als auch Bauplanungsrecht könnte dazu beitragen, die Erreichbarkeit von allgemeinen lebenspraktisch relevanten Infrastrukturen altersgerecht zu sichern und zum Kriterium der Planung zu machen.

Fragen nach Kooperation und Vernetzung sozialer und wohnbezogener Dienstleistungen auf kommunaler Ebene sind deshalb Schlüsselfragen im Bereich der Sozial- und Wohnungspolitik. Die bisher separaten, nebeneinander stehenden Einrichtungen müssen so vernetzt werden, dass Reibungsverluste verhindert und Ressourcen gebündelt werden. Nur so kann die Nachhaltigkeit des vernetzten Wohnens in ihren verschiedenen Dimensionen (von den quartiersbezogenen Vernetzungen bis hin zu Wohngemeinschaften) sichergestellt werden. Eine Einbindung in soziale Netzwerke hat präventive Wirkungen: die Lebensqualität steigt in Wohnquartieren mit funktionier-enden Gemeinwesen. Ältere Menschen bleiben zudem bei entsprechenden Infrastrukturen und einem aktiven Wohnumfeld länger im eigenen Haushalt und gehen später in stationäre Versorgungssettings. Dadurch werden sozialstaatliche Transferleistungen weniger in Anspruch genommen. Wenngleich es hinsichtlich der Realisierung von sozialinnovativen Dienstleistungen im Feld der integrierten Versorgung noch Umsetzungsprobleme gibt, haben sich neue Angebote im Feld des Wohnens rund um die alternde Gesellschaft bereits schrittweise etabliert (Lübking 2013). Für eine Verstetigung müssen neue Kooperationsformen, vor allem zwischen Wohnungsunternehmen, sozialen und Gesundheitsdiensten und -anbietern (u. a. niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser sowie Pflegedienste), der Informations- und Kommunikationswirtschaft, den Kommunen, den Krankenkassen sowie den Selbsthilfeverbänden und bürgerschaftlich Engagierten entwickelt werden.

Sorge und Pflege

In diesem Bericht wird der lokale Handlungsbedarf für die Sorge und Pflege alter Menschen herausgearbeitet und es werden konkrete Vorschläge zur Stärkung der Rolle der Kommunen im Zusammenhang mit der Sicherung von Pflege und Sorge unterbreitet. Zu ihnen gehören

- die Flexibilisierung der Leistungen und des Leistungserbringungsrechtes unter kommunaler Regie,
- die Verankerung des Care und Case Managements auf kommunaler Ebene als eine von Sozialversicherung und Kommunen im Rahmen der Kooperationsnormen des SGB IX gemeinsam zu organisierende Aufgabe,
- die Stärkung sozialer Kohäsion und quartier- sowie sozialraumbezogener Ansätze,
- die Niederlegung von Planungsverpflichtungen für Kommunen für die Langzeitpflege unter Beteiligung der Bevölkerung und Rückbindung in regionale Vernetzungsgremien,
- Optionsregelungen für Kommunen zur Übernahme der Federführung für Steuerungsfunktionen in der Langzeitpflege (Modellkommunen).

Aus diesen Vorschlägen ergeben sich unmittelbar Änderungen und Weiterentwicklungen des Sozialrechts und Impulse für die Weiterentwicklung des jeweiligen Landespflegerechts. Dazu gehören eine veränderte Aufgabenbeschreibung der Länder in § 9 SGB XI, die Integration der Pflegeversicherung in die Mechanismen des SGB IX, übergreifende Care und Case Management-Strukturen mit einer regionalen, das heißt kommunalen Federführung. Auch in den Landespflegegesetzen zu verankernde Planungsverpflichtungen, verbunden mit Instrumenten der Bedarfsprüfung, könnten die Rolle der Kommunen stärken.

Engagement

Die Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements ist Programm sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene und in vielfältiger Weise auf kommunaler Ebene. Dabei sind einerseits das Engagement älterer Menschen und andererseits das Engagement von Menschen im erwerbsfähigen Alter für ältere Menschen in den Blick zu nehmen. Die Rahmenbedingungen für das Engagement älterer Menschen, insbesondere Fragen des Zugangs zum Engagement, verlangen nach einer entsprechenden rechtlichen Flankierung. Die Öffnung und Flexibilisierung von Freiwilligendiensten, die Aufnahme der Erfahrungen des Freiwilligendienstes aller Generationen in ein Bundesfreiwilligendienstgesetz für alle Generationen könnte ebenso eine sinnvolle Maßnahme sein, wie die Klärung von Fragen des Bezuges von Grundsicherung bei bürgerschaftlichem Engagement (bei Langzeitarbeitslosen aber auch bei Beziehern von Grundsicherung im Alter). Auch die etwa von Künzel geforderte breite Befähigungsstrategie älterer Menschen zum Engagement, etwa im Rahmen von Freiwilligendiensten, verdient eine Diskussion.[70] Diese muss mit weiterentwickelten Formen von Anerkennung für geleistetes Engagement einhergehen, um wirksam zu werden. Für die Ermöglichung von Engagement ist zudem die Vereinbarkeit mit der Erwerbsarbeit für Männer und Frauen so zu stärken, dass die Transaktionskosten – Verlust beruflicher Chancen, Minderung der Alterssicherung – minimiert werden.

Ohne eine verstetigte Unterstützung und Finanzierung von Infrastrukturen in den Kommunen, die sozialraumorientiertes Engagement unterstützen und ohne eine Kultur der Anerkennung von unterschiedlichen Formen geleisteter Sorgearbeit (formell und informell), können die Potenziale des Engagements nicht erschlossen werden. Die seit längerem angemahnte Öffnung der kommunalen Verwaltungen, der Verbände, Vereine und Institutionen für das bürgerschaftliche Engagement gehört zu den anspruchsvollsten Herausforderungen für die Zukunft. Hier gibt es inzwischen auf allen Ebenen Beispiele guter Praxis. Die Diskussion über bürgerschaftliches Engagement darf jedoch nicht instrumentell geführt werden. Das Verständnis von Freiwilligen als Ressource, die es aus Gründen der Kosteneffizienz zu aktivieren gelte, geht an den Motiven und vielfach auch an der Lebenslage der Engagierten vorbei. Deshalb sollte auch nicht von einer „Gewinnung von Freiwilligen“ die Rede sein, sondern es sollte die Ermöglichung von Engagement durch formelle und informelle Gelegenheitsstrukturen im Zentrum der Debatte stehen.

c) Gesamtkonzeption einer lokalen Politik als Generationenpolitik

Welche der hier zur Diskussion gestellten gesetzgeberischen Maßnahmen in einer Gesamtkonzeption der Stärkung einer Politik für ältere und mit älteren Menschen aufgegriffen werden und welche davon in ein Leitgesetz aufgenommen und durch ein Artikelgesetz ergänzt werden können (auch im Hinblick auf kompetenzrechtliche Fragen und Fragen der Ressortzuständigkeit), bleibt einer weiteren Diskussion vorbehalten. Die meisten der Vorschläge entfalten ihre Wirkungen nicht nur für ältere Menschen, sondern für alle Generationen. Sie lassen sich auch lesen als ein Beitrag zur Konkretisierung einer Generationenpolitik. Was älteren Menschen bedeutsam ist, was älteren Menschen in ihrer spezifischen Lebenssituation sowohl hilft als auch ihre Potenziale in den Blick nimmt, ist auch gut für die Gesellschaft insgesamt. Eine Politik mit älteren und für ältere Menschen ist insofern immer eingebunden in eine generationenübergreifende Politik der Sorge und Mitverantwortung. Angesichts der Bedeutung, die dem Thema Alter und Altern in der Gesellschaft zukommt, kann eine spezifische Alterspolitik eine Promotorenfunktion übernehmen. Es gibt eine verbreitete Skepsis, die kommunalen Akteure durch Gesetze und neue rechtliche Regelungen zu stärken. Insofern kommt der Governance für eine Generationenpolitik im kooperativen Föderalismus auch weiterhin zentrale Bedeutung zu. Dies gilt für eine Mehrebenengovernance genauso wie für die Governance auf regionaler und kommunaler Ebene als kooperative Entscheidungsfindung in Aushandlungsprozessen aller relevanten Akteure. Gesetzgeberische Aktivitäten sollten insofern auch stets ihre qualifizierende Wirkung für die Governance einer Alters- und Generationenpolitik reflektieren, die Kooperation

---

[70] Vorschlag des Landes Bremen auf der 92. Sitzung der Arbeits- und Sozialministerkonferenz am 07.10.2015.

und Vernetzung, Aushandlungsprozesse und die Überwindung von Segmentierungen anstrebt. In einer sorgfältigen handwerklichen Ausgestaltung der vorgeschlagenen gesetzlichen Regelung kann sich diese entfalten.

d) Strukturschwache Regionen und prekäre urbane Gebiete

Mit Blick auf strukturschwache Regionen und prekäre urbane Sozialräume ist neben der querschnittl<ichen Perspektive eines Gesetzes zur Stärkung einer Generationenpolitik an die weiter vorne angestellten Überlegungen zu einem gesonderten Daseinsvorsorgeprogramm von Bund und Ländern anzuknüpfen. Dies könnte die Handlungsspielräume dieser Kommunen verbessern und durch zweckgebundene Zuweisungen die für ältere Menschen bedeutsamen Elemente der kommunalen Daseinsvorsorge implementieren. Es sind vor allem ältere Menschen, die von den Wandlungsprozessen in strukturschwachen Regionen betroffen sind. Beide angedachten Ansätze zur Stärkung strukturschwacher Regionen, die des Solidarpaktes II und die einer Gemeinschaftsaufgabe Daseinsvorsorge, haben die Lebenssituation, die Lebenslagen und die vorhandenen beziehungsweise fehlenden Ressourcen unterschiedlicher Gruppen älterer Menschen zu berücksichtigen und können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Voraussetzungen für ein gutes Leben und örtliche Zugehörigkeit und Teilhabe zu schaffen und zu erhalten. Für prekäre urbane Quartiere sind die bewährten Strategien und Förderungen im Rahmen des Programmes „Soziale Stadt" auch für die Zukunft von Bedeutung. Hieran anschließend können die sozialräumlichen Ansätze der Quartiersarbeit auch dort verfolgt werden, wo Investitionen in die soziale Architektur für die Stabilität von Gemeinwesen wichtig sind.

Die Identifikation von Handlungsbedarfen auf kommunaler Ebene setzt eine gezielte Beobachtung, Analyse und Prognose der sozialen und demografischen Entwicklung auf regionaler Ebene und die Einbindung in regionale Planungsprozesse, Strategien und Netzwerke voraus. Staatliche Modellprogramme, aber auch die Förderung von Stiftungen, die in der Vergangenheit häufig kompetitiv und wettbewerblich gestaltet wurden, haben oftmals den Kommunen Aufmerksamkeit und Unterstützung vermittelt, die über eine vergleichsweise gute Performance verfügten und nicht selten von einem Modellprojekt zum nächsten, Mittel für Innovationen akquirieren konnten. Diese kompetitive Ausrichtung von Programmförderungen widerspricht potenziell dem örtlichen Handlungsbedarf, gerade in strukturschwachen Regionen.

9.4.4 Prüfauftrag

Die Bundesregierung sollte anknüpfend an die Überlegungen zu einem Altenhilfestrukturgesetz einen Prüfauftrag vergeben, wie ein derartiger, die Herausforderungen des demografischen Wandels aufnehmender Politikansatz kompetenzrechtlich (Art. 72, 74 GG) und politisch strategisch fundiert werden kann. Die Sicherung gleichwertiger Lebensbedingungen, gerade für die ältere Generation, ist, wie in diesem Bericht herausgearbeitet wurde, gefährdet und verlangt auch nach bundespolitischen Maßnahmen. Die Ergebnisse eines Prüfauftrages würden das Politikfeld Alters- und Generationenpolitik in der notwendigen querschnittlichen Konzeption befördern und einen politischen und gesetzgeberischen Rahmen für die in diesem Bericht dargelegten Empfehlungen skizzieren.

10. Empfehlungen

Einleitung

Die Empfehlungen dieses Siebten Berichts zur Lage der älteren Generation in Deutschland zielen darauf ab, die Teilhabe alter Menschen am gesellschaftlichen Leben zu sichern sowie Sorge und Mitverantwortung in einer alternden Gesellschaft auf eine breite Basis zu stellen. Die Empfehlungen richten sich vor allem an Bund, Länder und Kommunen, denn nur in diesem Dreiklang lassen sich die Herausforderungen, die mit diesem Ziel verbunden sind, bewältigen.

Den Ausgangspunkt des vorliegenden Berichts bildet zum einen die besondere Verantwortung der Kommunen für die Sicherung und Ausgestaltung der Daseinsvorsorge, wie sie sich nicht erst aus spezialgesetzlichen Regelungen, sondern im Grundsatz bereits aus dem Sozialstaatsprinzip sowie dem Selbstverwaltungsrecht der Kommunen ableitet. Zum anderen gilt das Subsidiaritätsprinzip als ein verbindlicher ordnungspolitischer Grundsatz, aus dem sich die Forderung nach der Stärkung kommunaler Mitbestimmungs- und Gestaltungskompetenzen ebenso ableiten lässt wie die Forderung nach vermehrter Bürgerbeteiligung, Selbstbestimmung und Teilhabe im Alter. Eine weitere wesentliche Argumentationslinie des vorliegenden Altenberichts bildet die Heterogenität des Alters, wobei insbesondere vor dem Hintergrund sozialer Ungleichheiten und regionaler Disparitäten argumentiert wird. Anhand dessen werden in diesem Bericht drei für die Lebenssituation älterer Menschen zentrale Bereiche behandelt: Gesundheitliche Versorgung, Sorge und Pflege sowie Wohnung und Wohnumfeld.

Grundlage für die nachfolgend aufgeführten Empfehlungen sind die einzelnen Kapitel des Altenberichts. Die Empfehlungen sind thematisch gebündelt. Sie setzen sich zusammen aus jeweils einem Leitsatz und einer Argumentationslinie aus den Referenzkapiteln. Entsprechend dem Aufbau des Berichts werden zunächst allgemeinere Empfehlungen zu Fragen der Daseinsvorsorge und Subsidiarität getroffen. In einem weiteren Schritt werden Empfehlungen aus den empirischen Analysen zu sozialer Ungleichheit und sozialräumlichen Unterschieden abgeleitet. Im Mittelpunkt stehen Empfehlungen, die sich aus den Kapiteln zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie zur Gestaltung von Wohnung und Wohnumfeld ergeben. Schließlich werden querschnittliche Empfehlungen für eine Politik für und mit älteren Menschen formuliert.

Daseinsvorsorge: Von der Formel zur kommunalen Befähigung

1. **Die Daseinsvorsorge soll Grundlagen für ein Leben aller Generationen in Selbstbestimmung und Teilhabe schaffen. Die Kommunen haben im Rahmen des verfassungsrechtlich abgesicherten Sozialstaatsprinzips und ihres Selbstverwaltungsrechts eine besondere Verantwortung für die Sicherung und Ausgestaltung der Daseinsvorsorge und damit für die Rahmenbedingungen, welche die Existenzsicherung und ein gesundes Leben in der Gemeinschaft ermöglichen.**

   Daseinsvorsorge ist ein deskriptiver Begriff ohne rechtlich verbindlichen Regelungsgehalt. Eine unmittelbare Handlungspflicht für die Kommune lässt sich nur dort ableiten, wo Verpflichtungen zu und Ansprüche auf Leistungen der Daseinsvorsorge spezialgesetzlich geregelt sind. Er bleibt trotzdem bedeutsam als ein mit rechtlichem Gehalt ausgestatteter politischer Programmsatz. Die Funktion der Daseinsvorsorge ist die Stärkung der Person und benachteiligter Gruppen sowie die Befähigung zu einer eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlicher Teilhabe.

2. **Daseinsvorsorge soll in Form und Art auf ihre Funktionen und Ergebnisse ausgerichtet sein. Dabei sind die Wechselwirkungen zwischen einzelnen Bereichen und Leistungen zu berücksichtigen. In Bezug auf ältere Menschen ist es das Ziel der Daseinsvorsorge, eine hohe Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe zu gewährleisten.**

   Güter und Dienstleistungen der Daseinsvorsorge sind Mittel zum Zweck und nicht Selbstzweck. Sie haben eine Zielrichtung und müssen Wirkungen entfalten. Die Ausgestaltung der Daseinsvorsorge soll von den beabsichtigten Zielen und Wirkungen und den dazu erforderlichen Rahmenbedingungen sowie den technischen, organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten abgeleitet werden.

3. **Daseinsvorsorge soll gemeinsam mit den Bürgerinnen und Bürgern betrachtet, geplant und gestaltet werden.**

   Die Gewährleistung einer hohen Lebensqualität und gesellschaftlicher Teilhabe im Alter verlangt ein Mitspracherecht aller Bürgerinnen und Bürger bei der Ausgestaltung der dafür nötigen institutionellen Rahmenbedingungen. Entscheidungen über die Bedeutung und die Ausgestaltung der Daseinsvorsorgebereiche sind deshalb in einem demokratisch zu legitimierenden Willensprozess zwischen Bürgerinnen und Bürgern, Gesetzgeber und Verwaltung zu treffen. Staat, Kommunen, Wirtschaftsunternehmen sowie Bürgerinnen und Bürger wirken in vielen Bereichen der Daseinsvorsorge nebeneinander (z. B. bei der Gesundheitsversorgung, der Pflege oder der Mobilität), im Idealfall *mit*einander.

4. **Die Aufgabe der Kommunen im Rahmen der Koproduktion von Daseinsvorsorge ist zu großen Teilen Management, Vernetzung und Ermöglichung. Bund und Länder müssen dafür die Kommunen mit den nötigen Kompetenzen ausstatten und die rechtlichen, finanziellen und institutionellen Rahmenbedingungen schaffen.**

   Die Bedingungen zum Leben und zur Lebensqualität im Alter werden in erster Linie vor Ort, in den Kommunen, Quartieren und Dörfern gestaltet. In einzelnen Bereichen wie zum Beispiel der Gesundheitsversorgung, der Pflege oder bei der Organisation der Mobilität geschieht dies gemeinschaftlich in Koproduktion durch Kommune, Wohlfahrtsverbände, Wirtschaft und Zivilgesellschaft. Die Kommunen haben die besondere Verantwortung, dies zu ermöglichen, Akteure und Institutionen zu vernetzen, Qualitäten zu garantieren und Mitbestimmung zu sichern.

5. **Um nachhaltige Strukturen für koproduktive Daseinsvorsorge zu entwickeln und zu erhalten, genügen zeitlich befristete Projektfinanzierungen nicht. Vielmehr bedarf es einer strukturellen, dauerhaft angelegten Förderung.**

   Dies ist auf Bundes- und Landesebene rechtlich verbindlich zu regeln. Im Hinblick auf eine Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen haben sich in den letzten Jahren sowohl bestimmte Konzepte und Vorgehensweisen als auch der Aufbau zukunftsfähiger Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen (Care und Case Management) auf kommunaler Ebene bewährt. Erfolgreiche Programme müssen nun verstetigt und verbreitet werden.

6. **Räumliche Disparitäten und soziale Ungleichheit in der alternden Gesellschaft sind bei der Ausgestaltung der Daseinsvorsorge zu berücksichtigen.**

   Die technischen, organisatorischen und sozialen Rahmenbedingungen für das Leben im Alter unterscheiden sich erheblich zwischen den Regionen. Insbesondere in den dünn besiedelten und strukturschwachen ländlichen Regionen, aber auch in prekären urbanen Quartieren wird es schwieriger, mit herkömmlichen Mitteln die Tragfähigkeit der Einrichtungen der Daseinsvorsorge zu sichern. Soziale und räumliche Vielfalt und Ungleichheiten erfordern solidarische und differenzierte Wege und Strategien der kommunalen Daseinsvorsorge.

Subsidiarität als Ordnungsrahmen für lokale Strukturen und Netzwerke wiederentdecken

7. **Das Prinzip der Subsidiarität ist die Grundlage für den Aufbau und die Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Ein modernes Subsidiaritätsverständnis sieht den Staat in der Vorleistungspflicht, Bedingungen zu erhalten und zu fördern, in denen sich die Verantwortung in kleinen Lebenskreisen wirksam gestalten lässt.**

   Eine auf dem Subsidiaritätsprinzip gründende Stärkung der Kommunen darf allerdings nicht dazu führen, dass je nach Kommune völlig unterschiedliche Lebensverhältnisse entstehen oder stabilisiert werden. Die Verhältnisse, unter denen älter werdende Menschen in unterschiedlichen Kommunen leben, müssen nicht gleich, aber doch gleichwertig sein.

8. **Die Neukonzeptionierung des Subsidiaritätsprinzips zielt auf eine neu ausbalancierte Architektur der sozialen Unterstützungssysteme in Deutschland.**

   Die bisher nebeneinander stehenden Einrichtungen der Betreuung und Versorgung älterer Menschen müssen neu vernetzt werden, sodass Ressourcen gebündelt werden. Dabei geht es um Verantwortungsteilung und Aushandlung für eine passfähige Unterstützung und Hilfe. Die Kommunen müssen die Verfügbarkeit und Vernetzung der Dienste ermöglichen und sichern. Eine sozialintegrierte Versorgung erfordert ein strategisches Umdenken der zentralen Akteure und neue Kooperationen, die praxisnah erprobt werden müssen.

9. **Vernetzte Versorgungskonzepte sind die Bedingung dafür, dass sich Sorgestrukturen im Sinne kleiner Lebenskreise (weiter-)entwickeln können. Die Selbstorganisations- und Sorgefähigkeit der kleinen Lebenskreise, der Familienangehörigen, Nachbarinnen und Nachbarn, Bekannten und bürgerschaftlich engagierten Frauen und Männer ist zu würdigen, zu stärken und in neuen Formen zu initiieren.**

   Die örtlichen sozialen Netze sind auf die Unterstützung durch die Sozialleistungsträger und die Kommune angewiesen, wenn sie ihre Sorgefähigkeit erhalten wollen und wenn die auf Unterstützung angewiesenen Personen kompetent, zuverlässig und unter Wahrung der Menschenrechte begleitet werden sollen.

10. **Mit Blick auf die Verwirklichung einer Sorgekultur reicht es nicht, ältere Menschen vorwiegend oder gar ausschließlich als „Umsorgte“ zu verstehen, sie sind vielmehr auch als „Sorgeleistende“, die sich in einer mitverantwortlichen Haltung anderen Menschen zuwenden wollen und zuwenden, zu betrachten.**

    Es sind gerade ältere Frauen in Familien und Nachbarschaften, die den größten Anteil an Sorgeaufgaben für Andere übernehmen – für andere Ältere, aber auch in nennenswertem Umfang für Kinder und Enkelkinder. Es ist zudem zu beobachten, dass bis in das hohe Lebensalter das Motiv besteht, *für* andere Menschen zu sorgen und sich im Sinne einer mitverantwortlichen Haltung zur Welt *um* andere Menschen zu sorgen.

Ungleichheiten in der alternden Gesellschaft

11. **Alter(n)spolitik muss die Ungleichheiten in Deutschland aktiv aufgreifen.**

    In den Strategien der Kommunen, der Länder und des Bundes, in denen auf den demografischen Wandel reagiert werden muss, sind soziale Ungleichheiten nach dem sozioökonomischen Status, dem Geschlecht, der ethnischen Zugehörigkeit, dem Grad der Behinderung und der sexuellen Orientierung in einer Weise zu berücksichtigen, die Solidarität und gesellschaftlichen Zusammenhang befördert und individuelle Notlagen verhindert. Dies gilt besonders für gesundheitspolitische, pflegepolitische, wohnpolitische, stadt- und raumpolitische sowie arbeitsmarktpolitische Handlungsfelder.

12. **Der wachsenden Altersarmut und ihren Auswirkungen ist auf allen Ebenen – des Bundes, der Länder und der Kommunen – entgegenzuwirken.**

    Armut im Alter stellt eine besonders vulnerable Situation dar. Sie ist im Regelfall nicht mehr umkehrbar. Bei abnehmender physischer und psychischer Widerstandsfähigkeit und zunehmenden Einschränkungen entsteht insbesondere bei sozial benachteiligten Älteren eine Situation erhöhter Vulnerabilität. Es ist ein deutlicher Anstieg der Altersarmut in den kommenden Jahren und Jahrzehnten zu erwarten, insbesondere bei Geringverdienenden mit längeren Phasen von Unterbeschäftigung und Arbeitslosigkeit, bei Älteren mit Migrationshintergrund, bei alleinlebenden alten Frauen sowie bei chronisch kranken Menschen. Langfristig ist der Altersarmut über eine Gestaltung der Arbeitsmärkte und Beschäftigungsformen zu begegnen.

13. **Zugänge zu Leistungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung müssen gerecht sein und der Diversität in der Gesellschaft entsprechend gestaltet werden. Verantwortlich sind Kranken- und Pflegekassen, Leistungsanbieter der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Gesetzgeber für entsprechende Richtlinien und Gesetze.**

    Derzeit bestehen in vielen Versorgungsbereichen Ungerechtigkeiten im Zugang und in der Verteilung von Dienstleistungen und Gütern. Benachteiligte alte Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, mit Migrationshintergrund, mit gleichgeschlechtlicher sexueller Orientierung oder mit lebenslanger Behinderung müssen im Rahmen der Pflegeversicherung bei gleicher Beeinträchtigung die gleiche Chance auf die Anerkennung ihres Unterstützungsbedarfes haben. Auch der bedarfsgerechte Zugang zu medizinischer Versorgung ist sicherzustellen. Ebenso ist hinsichtlich der Erbringung ambulanter und stationärer medizinischer und pflegerischer Leistungen für die Entwicklung und Sicherung diversitätsfreundlicher Strukturen und Kompetenzen Sorge zu tragen. Soziokulturelle Unterschiede beziehungsweise besondere Bedarfe sind zu respektieren und müssen in den Versorgungsprozessen berücksichtigt werden.

14. **Kommunen sollen eine sozialraumbezogene Alter(n)spolitik gestalten, die auch soziale Ungleichheiten ausdrücklich berücksichtigt.**

    Eine sozialraumbezogene kommunale Alternspolitik zeichnet sich durch eine kleinräumige Organisation von Maßnahmen aus und basiert auf Prinzipien, Verfahren und Methoden partizipativer Prozess- und Projektsteuerung. Dabei ist das Wohnquartier in städtischen wie ländlichen Kontexten als Handlungsebene zu stärken. Zivilgesellschaftliche Netzwerke unterschiedlicher sozialer Milieus benötigen auf Nachbarschaftsebene Unterstützung, zum Beispiel durch Formen eines Quartiermanagements, das die Diversität der älteren Bevölkerung und ihre spezifischen Potenziale einbezieht.

15. **Bund und Länder sollen Bedingungen für eine gendergerechte Verteilung von Sorgearbeit schaffen, sowohl im professionellen als auch im informellen Kontext.**

    Insbesondere in den Pflegeberufen müssen attraktivere Beschäftigungsmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen entwickelt werden, damit qualifizierte Frauen und Männer sich für die Arbeit in der Pflege entscheiden. Die Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Erwerbstätigkeit soll für Frauen wie für Männer und für alle Arbeitsbereiche selbstverständlich werden. Dafür müssen Anrechte und Anreize für Sorgearbeit vereinbar mit beruflicher Tätigkeit geschlechtsunabhängig in einer Weise ausgestaltet werden, dass durch die Sorgearbeit für Kinder, beeinträchtigte Erwachsene und Ältere keine Karriereeinbußen mehr verbunden sind und dass auch Männer diese Aufgaben gleichberechtigt wahrnehmen. Gesetzgebung und politische Programme sollten den Karriere- und Versorgungsnachteilen, die Frauen und Männern durch Sorgetätigkeit entstehen, entgegenwirken.

Regionale Disparitäten und die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland erkennen

16. **Politische und gesellschaftliche Akteure sollen regionale Unterschiede bei der demografischen Alterung, den damit verbundenen spezifischen Herausforderungen, der wirtschaftlichen Situation sowie der Infrastrukturausstattung beachten.**

    Alle politischen und gesellschaftlichen Akteure – Bund, Länder, Kommunen, Verbände, Wirtschaft und Zivilgesellschaft – müssen sich auf die Folgen der demografischen Alterung einrichten. Allerdings gibt es große regionale Unterschiede in der demografischen Alterung und den daraus folgenden Herausforderungen und Problemlagen. Zudem gibt es erhebliche regionale Unterschiede in der Wirtschaftskraft und der Infrastrukturausstattung. Geschwindigkeit und Ausmaß der demografischen Alterung unterscheiden sich erheblich, und es gibt deutliche Hinweise dafür, dass Prozesse der demografischen Alterung und der wirtschaftlichen Entwicklung miteinander verknüpft sind. Um eine Abwärtsspirale in der Entwicklung betroffener Regionen zu verhindern, ist gemeinsames Handeln aller politischen und gesellschaftlichen Akteure notwendig.

17. **Bund und Länder sollen geeignete Strategien für wirtschaftlich und strukturell schwächere Regionen entwickeln.**

    Viele Kommunen sind gut gerüstet, um den Herausforderungen der demografischen Alterung zu begegnen. Deutlich problematischer ist dagegen die Situation in Regionen mit starken strukturellen Defiziten. Das Augenmerk von Bund und Ländern soll in erster Linie diesen wirtschaftlich und strukturell schwächeren Regionen gelten. Die Entwicklung von Strategien auf Bundes- und Landesebene für wirtschaftlich und strukturell schwächere Regionen ist die Voraussetzung auch dafür, dass auf kommunaler Ebene angemessene altenpolitische Maßnahmen umgesetzt werden können.

18. **Engagement, Nachbarschaftshilfe und Selbsthilfepotenziale alter Menschen dürfen nicht als selbstverständliche Gegebenheit betrachtet werden. Es gilt, sie auf kommunaler Ebene zu unterstützen, gerade in Regionen mit strukturellen Defiziten.**

    Freiwilliges Engagement und Selbsthilfepotenziale aller gesellschaftlichen Gruppen werden in Zukunft auch bei der Bewältigung jener Herausforderungen eine Rolle spielen, die demografische Alterungsprozesse mit sich bringen. Dabei spielen Engagement und Selbsthilfepotenziale älterer Menschen eine wichtige Rolle. Appelle zur Selbsthilfe und Selbstversorgung sind allerdings gerade in jenen Regionen wenig hilfreich, deren Engagement und Selbsthilfepotenziale aufgrund ungünstiger wirtschaftlicher und demografischer Rahmenbedingungen schwächer ausgeprägt sind.

19. **Die Datenbasis für kleinere räumliche Einheiten soll verbessert werden. Dies ist die Voraussetzung für die systematische Erfassung und langfristige Beobachtung dieser räumlichen Ebene.**

    Der weitaus überwiegende Teil der Datenbasis der laufenden Raumbeobachtung in Deutschland liegt auf Ebene der (Land-)Kreise und kreisfreien Städte vor. Für eine langfristige Beobachtung (Monitoring) auf Ebene der Gemeinden sind Umfang und Tiefe der verfügbaren räumlichen Indikatoren nicht geeignet. Die für wichtige Aspekte räumlicher Planung notwendigen Informationen auf Ebene kleinerer räumlicher Einheiten (Quartiere, Gemeindeteile) liegen nur vereinzelt und häufig nur in Form von Forschungsdaten vor. Bund und Länder sollen die schon bestehenden Möglichkeiten nutzen und die Entwicklung eines Indikatoren-Systems vorantreiben, das das langfristige Monitoring auf kleinräumiger Ebene von Gemeinden (bzw. Gemeindeteilen) ermöglicht.

Gesundheitliche Versorgung präventiv ausrichten und wohnortnah sicherstellen

20. **Die Mitwirkung der Kommunen an der Fortschreibung und Weiterentwicklung der haus- und fachärztlichen wie auch der klinisch-stationären Versorgungsstrukturen ist gesetzlich zu sichern. Die Kommunen sollen eine leistungsfähige, patientennahe ambulante und stationäre Versorgung mit Blick auf die Autonomie und Teilhabe alter Menschen sicherstellen können. Bei der Planung der gesundheitlichen Versorgung sind durch kleinere Planungsgebiete die örtlichen Besonderheiten stärker zu berücksichtigen.**

    Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung soll weiterhin bei der Kommune liegen. Es ist zu prüfen, inwieweit der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung ebenfalls den Kommunen übertragen werden kann. Zumindest sollte eine verantwortliche Mitwirkung der Kommunen gesetzlich vorgeschrieben werden. Insbesondere müssen Kommunen stärker in Planungsprozesse und in die Planungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigung einbezogen werden (Bedarfsplanung, Ärztewerbung, Standortmarketing, Entwicklung von Aktionsplänen bei drohenden Praxisschließungen zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen) und die Planungen müssen interkommunal erfolgen.

    Für die Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe im hohen Alter ist die patientennahe haus- und fachärztliche Versorgung von großer Bedeutung; zudem ist ein klinisch-stationäres Versorgungsangebot mit ausreichender altersmedizinischer Expertise notwendig. Hier ist der Gestaltungsauftrag, aber auch die Gestaltungskompetenz der Kommune angesprochen. Kommunen müssen nicht nur innovative Strategien entwickeln, um Haus- und Fachärzte für die Niederlassung in ihrer Region zu gewinnen, sie müssen auch mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet werden, ein Versorgungsangebot fortzuschreiben und systematisch weiterzuentwickeln. Aus diesem Grunde müssen Kommunen Partner von Kassenärztlichen Vereinigungen und

Krankenkassen werden. Da die Zielvorgabe einer wohnortnahen Versorgung von den Kassenärztlichen Vereinigungen häufig räumlich weiter gefasst wird als von den Kommunen, sollte vom Gesetzgeber eine verbindliche Definition von Wohnortnähe, die auf den Sozialraum der Bürger Bezug nimmt, vorgeschrieben werden. Im Hinblick auf die stationären Versorgungsangebote ist die enge Kooperation mit den Ländern notwendig. Schließlich ist bei der Fortschreibung und Weiterentwicklung der Abbau von Barrieren gegen eine intersektorale Versorgung anzustreben.

21. Der Aufbau von Hausarztzentren oder lokalen Gesundheitszentren mit integrierten Versorgungskonzepten ist zu fördern. Dazu sind Modelle der Delegation, der Substitution und der Telemedizin weiterzuentwickeln.

Das bestehende Gesundheitssystem mit der allgemein- und fachärztlich ambulanten Versorgung auf der einen Seite und mit der Krankenhausversorgung auf der anderen Seite ist der demografischen Entwicklung nicht angemessen. Das Gesundheitssystem muss mit dem Ziel verstärkter Kooperationen weiterentwickelt werden, unter Einbeziehung der Kommunen. In diesem Zusammenhang werden Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als ein erfolgsversprechendes Modell angesehen (gestaffelte ambulante und stationäre ärztliche Tätigkeit eines Arztes, neue Arbeitszeitmodelle, andere Vertragsgestaltung und Kooperationen). Ab dem 1. Juli 2015 dürfen Kommunen MVZ gründen und betreiben. Damit ist eine neue regionale Verantwortung der kommunalen Gemeinschaft verbunden, die schrittweise ausgebaut werden kann. Die Erreichbarkeit der Gesundheitsangebote ist in die Versorgungsplanung (ÖPNV) einzubeziehen.

22. Für junge Ärztinnen und Ärzte sind mehr Anreize zu schaffen, sich in strukturschwachen ländlichen Gebieten niederzulassen.

Es ist zu prüfen, inwieweit der Zugang zum Medizinstudium für diejenigen erleichtert werden kann, die sich dazu verpflichten, nach dem Studium für eine gewisse Zeit in einem ländlichen Raum zu praktizieren.

Die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen wird zunehmend mehr von Ärztinnen und Ärzten geleistet, die gerne Beruf und Familie verbinden möchten. Viele dieser Frauen und Männer scheuen die herkömmlichen Arbeitsbedingungen in einer hausärztlichen Praxis auf dem Lande (sie bevorzugen etwa Angestelltenverhältnisse, Teilzeitarbeit und planbare Arbeitszeiten). Die Kommunen müssen deshalb überlegen, was sie dazu beitragen können, die Arbeitsbedingungen auch für Ärztinnen und Ärzte attraktiv zu gestalten. Die diesbezüglichen Vorschläge des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sollten umgesetzt werden.

23. Die gesundheitliche Versorgung muss sich an den verschiedenartigen Versorgungsbedarfen und Versorgungsbedürfnissen alter Menschen orientieren, wobei die unterschiedlichen Lebenslagen und kulturellen Milieus zu berücksichtigen sind.

Die große Heterogenität der Gruppe alter Menschen – sowohl hinsichtlich individueller Lebensstile, Potenziale und Risiken als auch hinsichtlich der Lebenslagen und kulturellen Milieus – wird in der medizinischen Versorgung nicht ausreichend beachtet. Dies gilt zum einen für den Prozess der Diagnostik und Therapie, dies gilt aber auch für die Zugänglichkeit des medizinischen Versorgungssystems und für die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten. Die Kompetenz zu einer personenorientierten, lebenslagen- und kultursensiblen Ansprache von Patientinnen und Patienten soll bereits ein wesentliches Ausbildungsziel des Medizinstudiums bilden.

24. Mitwirkung und Mitbestimmung alter Menschen sowohl bei der Entwicklung von medizinischen Standards und Leitlinien als auch im gesamten individuellen Behandlungsprozess sind zu stärken. Altersmedizinische Expertise muss zum Standard ambulanter und stationärer Versorgung gehören.

Gerade die Tatsache hochkomplexer Krankheits- und Symptombilder sowie möglicher funktionaler Einbußen im hohen Alter erfordert die deutlich stärkere Patientenmitwirkung bei der Entwicklung von medizinischen Standards und Leitlinien wie auch bei der Definition individueller Therapie- und Rehabilitationsziele und ihrer Umsetzung. Zudem ist zu konstatieren, dass die umfassende geriatrische Expertise (einschließlich gerontopsychiatrischer und -neurologischer Expertise) längst noch nicht zum Standard medizinischer Versorgung gehört.

25. Fachliche und ethische Standards dürfen nicht einer offenen oder verdeckten Rationierung zum Opfer fallen. Dies gilt für alle Patientengruppen. Bei aller Notwendigkeit, die medizinische Versorgung wirtschaftlich zu gestalten, ist einer Ökonomisierung der Medizin auch mit Blick auf die Therapie und Rehabilitation alter Menschen entgegenzuwirken.

Die ausreichenden finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem sind so zu verteilen, dass auch die fachlich angemessene Behandlung alter Menschen sichergestellt ist. Zudem ist zu bedenken, dass eine DRG-getriebene Medizin vielfach den Versorgungsbedarfen und -bedürfnissen alter Menschen nicht gerecht wird. Zudem ist bei Entscheidungen hinsichtlich der rehabilitativen und palliativen Versorgung alter Menschen nicht selten eine primäre Orientierung an ökonomischen Gesichtspunkten erkennbar. Die offene oder verdeckte Rationierung birgt die Gefahr eines Verstoßes gegen fundamentale Patientenrechte und gegen die Menschenwürde.

26. Präventions- und Rehabilitationsangebote sind auch für alte Menschen auszubauen. Ebenso ist auf eine flächendeckende – ambulante wie stationäre – Palliativversorgung hinzuwirken.

Der Präventionsgedanke auch mit Blick auf die Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe im hohen Alter ist in Deutschland bei Weitem nicht umgesetzt. Gleiches gilt für die Rehabilitation. Damit bleiben die auch im Alter bestehenden Präventions- und Rehabilitationspotenziale ungenutzt. Angesichts des im hohen Lebensalter deutlich steigenden Risikos chronisch progredienter Erkrankungen und zunehmender Gebrechlichkeit sollten die verschiedenen Komponenten der Rehabilitation (mobile, ambulante und stationäre Rehabilitation) und der Palliation (ambulante und stationäre Palliation) im Kontext gesundheitlicher Versorgung ein sehr viel größeres Gewicht besitzen. Dabei ist besonderes Augenmerk auch auf die fachlich und ethisch fundierte Versorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen zu richten.

27. In den Kommunen sind vermehrt Sozialraum- und lebensweltorientierte Angebote zur Gesundheitsförderung und primären Prävention zu implementieren.

Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention müssen in stärkerem Maße lebensweltorientiert gestaltet werden. Diese Aufgabe lässt sich am besten lösen, wenn Bildungs-, Sport-, ambulante Rehabilitationseinrichtungen, Sozial- und Pflegedienste sowie Hausärzte enger kooperieren, um praxisorientierte Gesundheits- und Präventionskonzepte zu entwickeln und umzusetzen, die auf den Lebensstil sowie auf die Lebenslage des Individuums zugeschnitten sind. Unter dieser Zielsetzung ist die Etablierung von regionalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen sinnvoll. Hier sollten die Kommunen eine koordinierende Funktion wahrnehmen. Zudem sind – gemeinsam mit den Zielgruppen – in städtischen und dörflichen Wohnquartieren Maßnahmen zur Verbesserung der gebauten und sozialen Umwelt zu entwickeln, die Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe fördern.

Wenn Kommunen in die gesundheitliche Prävention investieren, profitieren derzeit nicht sie selbst davon, wenn Ausgaben für kurative medizinische Behandlungen eingespart werden, sondern die Kranken- und Pflegekassen. Die Strukturen sollten so verändert werden, dass diejenigen Akteure, die von einer gesünderen Bevölkerung finanziell profitieren, auch an den Kosten für die Präventionsmaßnahmen beteiligt werden.

Sorge und Pflege in gemeinsamer Verantwortung

28. Bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der bundes- und landespolitischen Rahmenbedingungen für die Unterstützung auf Pflege angewiesener Menschen ist Teilhabe wesentlich stärker als bislang zu berücksichtigen. Das gilt auch nach der Einführung eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffes.

Pflege soll gemeinsam mit anderen Professionen zur Ermöglichung und Sicherung eines guten Lebens beitragen. Sie baut dabei auf koproduktiven Formen von Unterstützungsarrangements auf, in denen sich familiale Sorge, gesellschaftliche Mitverantwortung und Assistenzleistungen ergänzen.

29. Den Kommunen sind (zunächst optional) Aufgaben der Pflegekassen im Rahmen des Care und Case Managements zu übertragen.

Eingebunden in die kommunale Planung und in Kooperation mit den Pflegekassen sollten die Kommunen diese Aufgaben federführend koordinieren, um eine wohnortnahe Beratungs- und Case-Managementstruktur zu gewährleisten und diese mit der Vernetzung der Akteure und der Weiterentwicklung der Infrastruktur zu verbinden (Care Management).

30. Tragfähige Sorgearrangements leben von einem Ineinandergreifen unterschiedlicher Hilfen. Segmentierte Hilfen sind zu überwinden, es muss in wohlfahrtspluralistische Hilfearrangements investiert werden.

Das Ineinandergreifen von familiären, nachbarschaftlichen, beruflichen, professionellen und freiwilligen Formen der Hilfe – unter Einbeziehung lebensdienlicher Technik – bildet die Grundlage für einen tragfähigen, Teilhabe fördernden und ökonomischen Hilfe-Mix.

31. Eine konzertierte regionale Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik, flankiert durch bundes- und landesrechtliche Rahmenbedingungen, hat die Aufgabe, Menschen für Pflege- und Hauswirtschaftsberufe zu gewinnen und sie in diesen Berufen zu halten.

Der Bedarf an Beschäftigten in der Langzeitversorgung insbesondere alter Menschen – von Fachkräften und anderen beruflich Tätigen – steigt. So wird der Bedarf an Assistenzleistungen heute überwiegend in den zumeist illegalen Beschäftigungsverhältnissen osteuropäischer Pflegekräfte gedeckt. Für die nächsten Jahre wird ein erheblicher Beschäftigtenmangel prognostiziert – mit regionalen Unterschieden. Quantitativ wird neben dem Fachkräftebedarf (Gesundheitsberufe) insbesondere der Bedarf an Assistenzleistungen (Hauswirtschaft, persönliche Assistenz) zunehmen. Ein breit angelegtes Berufsgruppenkonzept mit horizontaler und vertikaler Durchlässigkeit ist in der Lage, jenseits klassischer Pflegeberufe Beschäftigte zu gewinnen und zu halten. Konzertierte Bemühungen von Arbeitgebern mit Blick auf attraktive Arbeitsbedingungen und von Tarifpartnern mit Blick auf gute Bezahlung gehören zu den notwendigen Bausteinen einer zukunftsorientierten Personalpolitik.

Von der Wohnungspolitik zur Wohnpolitik

32. Bund, Länder und Kommunen sollen die Voraussetzungen dafür verbessern, dass alte Menschen möglichst lange selbstständig zu Hause leben können, und dies auch im Falle gesundheitlicher Einschränkungen.

Möglichst lange selbstständig in den eigenen vier Wänden zu leben, ist der dominierende Wunsch der Älteren in Deutschland. Bei einer wachsenden Zahl an Älteren wächst damit auch der Bedarf an Barrierefreiheit in der Wohnung und im Wohnumfeld, an Assistenzsystemen sowie an unterstützenden Dienstleistungen. Die lokale Politik soll darauf hinwirken, soziale Netzwerke zu fördern und aufzubauen, in denen Familienangehörige und bürgerschaftlich Engagierte, unterstützt durch professionelle Dienste, Verantwortung für alte Menschen übernehmen. Kommunen sollen mit den notwendigen Kompetenzen und Ressourcen ausgestattet werden, sodass sie die notwendige Unterstützung dieser Netzwerke auch leisten können.

33. Der sozialräumlichen Polarisierung von Wohnstandorten durch sich stark ändernde Einkommensstrukturen einerseits und steigende Miet- und Immobilienpreise andererseits soll durch geeignete Instrumente der Wohnungspolitik entgegengewirkt werden.

Je nach kommunaler Ausgangslage können dies zum Beispiel soziale Milieuschutzsatzungen, soziale Bodennutzung, verstärkte Förderung des sozialen Wohnungsneubaus, Erwerb von Belegungsbindungen im Bestand, Förderung genossenschaftlicher Wohnformen und der barrierefreien oder -armen Umgestaltung des genossenschaftlichen Bestandes sein.

34. Bund, Länder und Kommunen sollen integrierte Quartiers- und Dorfentwicklung künftig stärker an einer generationengerechten Ausstattung und einer wohnortnahen Versorgung ausrichten.

Quartiere sind eine wesentliche Handlungsebene für die zukunftsorientierte Wohnversorgung älterer Menschen. Sie sind die räumlichen und sozialen Bezugspunkte für die Menschen, die dort leben. Ihre Größe und Ausgestaltung ist je nach kommunaler Ausgangslage unterschiedlich. Schon zur Bedarfsermittlung sollten frühzeitig alle relevanten Akteure im Quartier in die Entwicklung und Umsetzung quartiersorientierter Konzepte eingebunden werden.

Im sozialräumlichen Kontext sollen Begegnungsmöglichkeiten („Gelegenheitsstrukturen“) geschaffen werden. Beratungs- und Anlaufstellen sind als One-Stop-Angebote zu gestalten und sollten räumlich leicht erreichbar sein. Als Leitprogramm kann dabei das Programm „Soziale Stadt“ Ressourcen aus unterschiedlichen Politikbereichen bündeln und verfügbar machen.

35. Bei der Quartiers- und Dorfentwicklung muss die Kooperation der relevanten Akteure sichergestellt werden.

Eine zersplitterte Organisationsstruktur im Feld der altenbezogenen sozialen Dienste erschwert die Kooperation und Vernetzung der Akteure auf kommunaler Ebene („Wohlfahrtsmix“). Kommunale soziale Dienste, Wohnungswirtschaft und Wohlfahrtsverbände müssen kooperieren und zusammenwirken. Dies ist in benachteiligten Wohnquartieren von besonderer Bedeutung.

36. Bund und Länder sollen ihre Förderprogramme für einen altersgerechten Umbau von Wohnungen und des Wohnumfelds ausbauen.

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist von einem wachsenden Bedarf an barrierefreien und barrierearmen Wohnungen auszugehen. Es sind deshalb Anreize zu schaffen, damit ältere Menschen wie auch die Wohnungswirtschaft stärker in den Umbau zur Barrierereduzierung investieren und technische Angebote besser nutzen. Die Programme, die entsprechende Umbauten fördern, sollen ausgeweitet werden.

Die Anpassung der baulichen Struktur soll stärker in die Erneuerungsprogramme im Bestand einbezogen werden. Bestehende Förderprogramme sollen gesichert, ihr Umfang adäquat zur steigenden Nachfrage angehoben werden. Dabei sind gezielte Zuschüsse (etwa einkommensabhängig) für bestimmte Umbaumaßnahmen deutlich besser geeignet als die Vergabe zinsgünstiger Kredite, weil so neben Wohnungsunternehmen auch private Wohnungseigentümer und Mieter mit mittleren Einkommen zum Umbau motiviert werden können.

37. Technische Assistenzsysteme sollen für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich sein. Einheitliche technische Standards müssen geschaffen werden. Technische Assistenzsysteme sollen in das Leistungsrecht der Kranken- und Pflegekassen aufgenommen werden.

Sicherheit und Unabhängigkeit im Alter können durch technische Assistenzsysteme verbessert werden. Die technologischen Grundlagen dafür, Wohnungen „intelligent“ zu machen, sind vorhanden. Einer breiten Umsetzung steht jedoch die mangelnde Zusammenarbeit der beteiligten Akteure entgegen, dazu zählen auch die Kostenträger wie etwa Kranken- und Pflegekassen. Alle Akteure, die am Aufbau integrierter, wohnquartiersbezogener Versorgungsstrategien beteiligt sind, sind aufgerufen, zusammenzuarbeiten und zu nachhaltigen Lösungen zu kommen. Die Anbieter von Technik sollen kooperieren, um bislang fehlende Standards zu entwickeln und die Interoperabilität von Systemen sicherzustellen.

Technische Unterstützungssysteme sind, ebenso wie mobilitätsfördernde Einbauten zur Erhöhung der Selbstständigkeit, in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufzunehmen und mit höheren Zuschüssen für förderfähige Hilfsmittel (Pflegehilfsmittelverzeichnis) zu versehen. Mit Blick auf die Finanzierung technischer Assistenzsysteme müssen zudem neue Konzepte erprobt werden, mit denen die Belastung für die Haushalte möglichst gering gehalten wird.

Es sind differenzierte, auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtete Schulungsangebote notwendig, um die Akzeptanz technischer Unterstützungsangebote zu fördern. Die lebensweltliche Passfähigkeit der technischen Systeme soll partizipativ entwickelt und sichergestellt werden.

38. Für die Verbesserung und Sicherung der Mobilität alter Menschen sind von Bund, Ländern und Kommunen angemessene Strategien zu entwickeln.

Herkömmliche Mobilitätsangebote sind durch Unterstützungsangebote so zu ergänzen, dass lückenlos ineinandergreifende Mobilitätsketten entstehen, von der Wohnung bis zum konkreten Ziel. Dies kann durch neue Kombinationen von vorhandenen und ergänzenden Angeboten in der multimodalen Vernetzung geschehen. Je nach kommunaler Ausgangslage sind hier Fahrgemeinschaften, Mitfahrgelegenheiten, Busfahrten und Taxifahrten so zu kombinieren, dass Erreichbarkeit gegeben ist. Hierfür wird eine Vernetzung von digitalen Unterstützungssystemen des Ambient Assisted Living (AAL) in den Wohnungen mit Echtzeitdaten der Mobilitätsdienstleister an Bedeutung gewinnen.

39. In ländlichen Regionen ist die interkommunale Vernetzung besonders wichtig, um die Erreichbarkeit unterschiedlicher Angebote und Dienstleistungen zu sichern.

Länder und Gemeinden sind hier gefordert, integrierte Programme der Förderung zu entwickeln, die mit denen der Städtebauförderung und dem Bund-Länder-Gemeinden-Programm „Soziale Stadt“ gut zu vernetzen sind.

Stärkung der kommunalpolitischen Handlungsebenen für eine Politik mit älteren und für ältere Menschen

40. Die finanziellen Handlungsspielräume der Kommunen sollen mithilfe eines Daseinsvorsorgeprogramms von Bund und Ländern erweitert werden. Damit gilt es, die besondere Verantwortung der Kommunen für die Gewährleistung der Daseinsvorsorge und für ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben im Alter zu stärken.

Die Übernahme von mehr kommunaler Verantwortung für die Sicherung und den Umbau der Daseinsvorsorge vor Ort und die damit verbundene Koordinierung und Managementfunktion der Kommune kann nur gelingen, wenn die Handlungsfähigkeit und die finanziellen Möglichkeiten der Kommunen gestärkt werden. Neben einer zielgerichteten Ausgestaltung zweckgebundener Zuweisungen und bestehender Förderprogramme wird ein gesondertes Daseinsvorsorgeprogramm von Bund und Ländern vorgeschlagen. Die besondere Bedeutung des Umbaus und der Sicherung der Daseinsvorsorge in kommunaler Verantwortung für die Gesellschaft, um die Lebensbedingungen der Bürger zu verbessern, rechtfertigt eine gemeinsame Bund-Länder-Finanzierung. Denkbar ist eine Finanzierung im Zuge der Neuausrichtung des Solidarpakts II über eine neue Gemeinschaftsaufgabe Daseinsvorsorge für strukturschwache Kommunen.

41. Im Sinne einer „verörtlichten Sozialpolitik“ ist den Kommunen größerer Einfluss bei der Ausgestaltung von Infrastrukturen der Daseinsvorsorge einzuräumen. Dies gilt auch in den Feldern, in denen insbesondere die Sozialversicherungen inzwischen eine starke und dominierende Rolle einnehmen: Im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege.

Ohne an den gegliederten Systemen grundlegend etwas ändern zu wollen, gilt es, durch obligatorische Beteiligungsverfahren, Kooperationsverpflichtungen und die Zuweisung von Koordinationsaufgaben der Kommunen bei Planungsverfahren, den Kommunen für die im Querschnitt bedeutsamen altenpolitischen Fragen Kompetenzen und Ressourcen zuzuordnen.

42. Kommunen sind in ihrer Verantwortung und Fähigkeit zu unterstützen, den spezifischen Bedingungen und Herausforderungen der Sorge und Pflege vor Ort zu begegnen, Einfluss auf die Infrastrukturentwicklung zu nehmen und gemeinsam mit zivilgesellschaftlichen Akteuren wohnortnahe Sorgearrangements zu fördern.

Zentrale Instrumente der Infrastrukturentwicklung, der Planung, der sozialräumlichen Entwicklung und Steuerung von Hilfen sollen auf kommunaler Ebene angesiedelt und sowohl kompetenzrechtlich als auch finanziell flankiert werden. Die Pflegekassen haben sich finanziell an der Entwicklung der entsprechenden Strukturen zu beteiligen. Kommunen müssen zu Nutznießern ihrer Investitionen in tragfähige Sorgestrukturen werden. Auf die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen[71] in der Pflege ist zu drängen.

43. Die quartiersorientierten, integrativen Förderprogramme der Städtebauförderung und der ländlichen Entwicklung sollen stärker auf die besonderen Herausforderungen für das Leben im Alter in den Quartieren und Dörfern ausgerichtet und hierfür finanziell ausgebaut werden.

Quartiere und Dörfer sind eine wesentliche Handlungsebene für Wohnen, Gesundheitsversorgung, Pflege und Nahversorgung, soziale Teilhabe und damit Lebensqualität alter Menschen. Die Kommunen müssen deshalb in die Lage versetzt werden, quartiersbezogene Konzepte zu entwickeln und umzusetzen. Solche Konzepte müssen ressortübergreifend durchgeführt werden. Schon zur Bedarfsermittlung sollten frühzeitig alle relevanten Akteure in die Entwicklung und Umsetzung eingebunden werden. Insbesondere die querschnittsorientierten Förderprogramme der Städtebauförderung („Soziale Stadt“, „Kleinere Städte und Gemeinden – überörtliche Zusammenarbeit und Netzwerke“) und der ländlichen Entwicklung über das ELER-Programm (Europäischer Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums) sollen so gestaltet werden, dass sie die Entwicklung von Strukturen des Quartiers- und Dorfmanagements gezielt mit der investiven Förderung altengerechten Wohnraums und Wohnumfeldes sowie der Versorgung und Erreichbarkeit verbinden. Quartiersfonds können unterschiedliche Finanzierungsquellen bündeln und weitere Akteure mit einbeziehen und koordinieren.

44. In strukturschwachen Regionen und prekären urbanen Quartieren bedarf es einer zielgerichteten Unterstützung für die Gestaltung soziodemografischer Handlungsprozesse. Mit diesen Aufgaben dürfen strukturschwache Regionen nicht allein gelassen und Stadtquartiere nicht „abgehängt“ werden.

Die Divergenz zwischen den Lebensbedingungen in Kommunen in Deutschland wird zunehmen. Für Bund und Länder wird es absehbar zu einer Daueraufgabe, Kommunen mit einer ungünstigen Ausgangssituation und ungünstigen Prognosen für den demografischen Wandel auf unterschiedliche Weise in ihren Transformationsprozessen zu unterstützen. Hierfür sind die unterschiedlichen Programme auf Bundes- und Landesebene („Soziale Stadt“, „Gemeinschaftsaufgabe Daseinsvorsorge“) zu nutzen. Dabei ist eine Flexibilisierung nationaler und europarechtlicher Standards für Felder der Daseinsvorsorge vorzusehen.

45. „Altenhilfestrukturen“ müssen gefördert, ausgebaut, verstetigt sowie gesetzlich flankiert werden. In einem Leitgesetz zur Stärkung einer Politik für ältere und mit älteren Menschen sollte eine Politik für aktive Teilhabe und Hilfen von älteren und für ältere Menschen zu einem kohärenten Politikansatz entwickelt werden. Die Bundesregierung ist aufgefordert, die kompetenzrechtlichen Voraussetzungen für ein solches Gesetzesvorhaben zu prüfen und zu klären.

Von der Planung über die Vernetzung des Quartiers- oder Dorf-Managements bis hin zum Care und Case Management sind sektorenübergreifend Strukturen zu schaffen, die ein leistungsfähiges, effizientes und auf Grundsätzen des Wohlfahrtspluralismus beruhendes Unterstützungssystem von und für ältere Menschen gewährleisten. Bei der Vorbereitung eines Leitgesetzes zur Stärkung einer Politik für und mit älteren Menschen und bei der Prüfung der kompetenzrechtlichen Voraussetzungen kann auf die in den 1990er Jahren geführte Diskussion um ein Altenhilfestrukturgesetz zurückgegriffen werden.

---

[71] Die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe können unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf heruntergeladen werden.

11. Literaturverzeichnis

Abel, T., Abraham, A. und Sommerhalder, K. (2009): Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: M. Richter und K. Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 195-208.

Abraham, J., Bauer, A., Fischer-Hirchert, U. H. P., Hahn, C. u. a. (2013): Technische Assistenzsysteme für das Alter – Möglichkeiten für den Umgang mit der demographischen Alterung. In: P. Pasternack und I. Maue (Hrsg.): Lebensqualität entwickeln in schrumpfenden Regionen. Die Demographie-Expertisen der Wissenschaft in Sachsen-Anhalt. Schriftenreihe Nr. 11. Wittenberg: Wissenschaftszentrum Sachsen-Anhalt, 152-155.

Ackermann, K. und Gerlach, J. (2005): Planung des Verkehrsraums unter Berücksichtigung der Mobilität älterer Menschen. In: W. Echterhoff (Hrsg.): Strategien zur Sicherung der Mobilität älterer Menschen. Schriftenreihe Mobilität und Alter. Band 1. Köln: TÜV-Verlag, 135-154.

Afentakis, A. (2009): Krankenpflege – Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen. In: STATmagazin, 18.08.2009. (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009_08/Gesundheit2009_08.html;jsessionid=2D21F92D94DB2136EC14DE152FBCFD77.cae2 [Zugriff am 30. September 2015]).

AGP und HWA, Alter. Gesellschaft. Partizipation und Hans-Weinberger-Akademie (2014): Herausforderung Pflege – Modelle und Strategien zur Stärkung des Berufsfeldes Altenpflege. Abschlussbericht. Freiburg.

Alber, J. (2005): Wer ist das schwache Geschlecht? Zur Sterblichkeit von Männern und Frauen innerhalb und außerhalb der Ehe. In: Leviathan 33 (1), 3-39.

Alisch, M. (2012): Partizipation älterer Migrant/innen: Zur Vereinbarkeit von Selbstorganisation, Partizipation und politisch administrativer Planung. In: S. Weber, M. Göhlich, A. Schröer u. a. (Hrsg.): Organisation und Partizipation: Beiträge der Kommission Organisationspädagogik. Wiesbaden: Dordrecht Springer, 283-291.

Alisch, M. (2013): Älter werden im Quartier: Soziale Nachhaltigkeit durch Selbstorganisation und Teilhabe. Kassel: Kassel University Press.

Alisch, M. (2014): Sorgearbeit älterer Migrantinnen: Rekonstruktion doppelt unsichtbarer Careleistungen. In: M. Alisch und M. Ritter (Hrsg.): Gender und Sozialraum. Sozialraumorganisation im Kontext der Geschlechterverhältnisse. Opladen: Verlag Barbara Budrich, 169-189.

Alisch, M. und Dangschat, J. S. (1998): Armut und soziale Integration. Strategien sozialer Stadtentwicklung und lokaler Nachhaltigkeit. Opladen: Leske und Budrich.

Alisch, M. und May, M. (2013): Selbstorganisation und Selbsthilfe älterer Migranten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 63 (4/5), 40-45.

Alisch, M. und Ritter, M. (2015): Ohne Bürger geht es nicht. In: Sozialwirtschaft 25 (2), 14-16.

Allenspach, M. (2013): Zur gesellschaftlichen Teilhabe fragiler und pflegedürftiger alter Menschen – eine Sozialraumanalyse in den St. Galler Quartieren St. Fiden und Krontal. In: sozialraum.de (1). (http://www.sozialraum.de/zur-gesellschaftlichen-teilhabe-fragiler-und-pflegeduerftiger-alter-menschen.php [Zugriff am 01. Oktober 2015]).

Alter und Soziales e. V. (2007): Modellprogramm der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI. Abschluss- und Ergebnisbericht 01.01. 2004 bis 30.06.2007 zu dem Modellprojekt „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“. Ahlen. (http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/evaluation/Gesamtbericht_VDAK_Ahlen_2004_bis_2007.pdf [Zugriff am 16. Juni 2015]).

Ambrosius, G. (2008): Konzeptionen öffentlicher Dienstleistungen in Europa. In: WSI Mitteilungen 61 (10), 527-533.

Amrhein, L., Heusinger, J., Ottovay, K. und Wolter, B. (2015): Die Hochaltrigen. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter über 80 Jahren. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Aner, K. (2007): Prekariat und Ehrenamt. In: K. Aner, L. Rosenmeyer und F. Karl (Hrsg.): Die neuen Alten – Retter des Sozialen? Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 185-199.

Aner, K. und Hammerschmidt, P. (2008): Zivilgesellschaftlich produktiv altern. In: M. Erlinghagen und K. Hank (Hrsg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 259-276.

Angerhausen, S. (2008): Demenz – eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41 (6), 460-466.

Antonucci, T. C. (2001): Social relations. An examiniation of social netzworks, social support, and sense of control. In: J. E. Birren und K. W. Schaie (Hrsg.): Handbook of the Psychology of Aging. San Diego: Academic Press, 427-453.

AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2011): Sicherstellung der Versorgung in Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte. Ein Expertengespräch. Berlin.

Appannah, A. und Biggs, S. (2015): Age-friendly organisations: the role of organisational culture and the participation of older workers. In: Journal of Social Work Practice 29 (1), 1-15.

Arend, S. (2014): Zukunft der Senioreneinrichtungen. Funktionen und Aufgaben im Quartier. Vortrag auf dem Demografiekongress 2014. Berlin.

Arendt, H. (1994): Vita Activa oder Vom tätigen Leben. München: Piper Verlag.

Augurzky, B., Beivers, A., Straub, N. und Veltkamp, C. (2014): Krankenhausplanung 2.0: Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek). Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.

Avlund, K., Holstein, B., Osler, M., Damsgaard, M. u. a. (2003): Social position and health in old age: the relevance of different indicators of social position. In: Scandinavian Journal of Public Health 31 (2), 126-136.

Babitsch, B. (2005): Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern: Huber.

Bachinger, A. (2010): 24-Stunden-Betreuung – Gelungenes Legalisierungsprojekt oder prekäre Arbeitsmarktintegration? In: SWS-Rundschau 50 (4), 399-412. (http://www.sws-rundschau.at/archiv/SWS_2010_4_Bachinger.pdf [Zugriff am 22. September 2015]).

Bäcker, G. (1984): Die Lebenssituation älterer Frauen vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung sowie der Alters- und Familienstruktur. In: Frauenforschung 2 (1/2), 17-21.

Bäcker, G. (2011): Altersarmut – ein Zukunftsproblem. In: Informationsdienst Altersfragen 38 (2), 3-10.

Bäcker, G. und Schmitz, J. (2013): Altersarmut und Rentenversicherung: Diagnosen, Trends, Reformoptionen und Wirkungen. In: C. Vogel und A. Motel-Klingebiel (Hrsg.): Altern im sozialen Wandel: Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: Springer VS, 25-53.

Backes, G. (2002): Geschlecht und Alter(n) als zukünftiges Thema der Alter(n)ssoziologie. In: G. Backes und W. Clemens (Hrsg.): Zukunft der Soziologie des Alter(n)s. Opladen: Leske und Budrich, 111-148.

Backes, G. (2005): Alter(n) und Geschlecht: ein Thema mit Zukunft. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (49-50), 31-38.

Backes, G. und Höltge, J. (2008): Überlegungen zur Bedeutung ehrenamtlichen Engagements im Alter. In: M. Erlinghagen und K. Hank (Hrsg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 277-299.

Bacon, W. und Wilbur, C. (2000): Occurrence of hip fractures and socioeconomic position. In: Journal of Aging and Health 12 (2), 193-203.

BAG W, Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2010): Position. Auswirkungen zunehmender Kostenbeteiligung und Eigenbeteiligung auf die Gesundheitsversorgung wohnungsloser und armer Menschen. Berlin. (http://www.bagw.de/de/themen/gesundheit/position_gesundheit.html [Zugriff am 23. Juli 2015]).

BAG W, Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2013): Position. Prinzipien einer normalitätsorientierten gemeindenahen Versorgung älterer und pflegebedürftiger wohnungsloser Männer und Frauen. Eine Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe. Berlin. (http://www.bagw.de/de/themen/gesundheit/position_gesundheit.html [Zugriff am 20. Mai 2015]).

BAG W, Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2014): Schätzung der Wohnungsnotfälle 2008-2012. Berlin. (http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/ [Zugriff am 3. Juni 2015]).

BAGFA, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e. V. (2015): Monetarisierung im Ehrenamt – was tun? Eine Handreichung für Freiwilligenagenturen. Berlin. (http://www.bagfa.de/index.php?id=258&type=0&jumpurl=fileadmin%2Fuser_upload%2Fdateien%2Fleitfaeden%2F2015_bagfa_Handreichung_Monetarisierung.pdf&juHash=e42624e8e08420f252e19c2cd5d70498dc9daf2b [Zugriff am 4. Oktober 2015]).

BAGFW, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (2014): Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege. Gesamtstatistik 2012. Berlin. (http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Broschuere_Gesamtstatistik_2012_Webversion.pdf [Zugriff am 24. Juli 2015]).

BAGSO, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (Hrsg.) (2014): Lokale Seniorenpolitik vor großen Herausforderungen. BAGSO-Positionspapier. Bonn. (http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Positionen/2014/BAGSO_Positionspapier_Lokale_Seniorenpolitik.pdf [Zugriff am 2. August 2015]).

BAGüS, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (2013): Orientierungshilfe der BAGüS „Menschen mit Behinderung im Alter“ vom 24.06.2013. Münster. (https://www.lwl.org/spur-download/bag/Orientierungshilfe.pdf [Zugriff am 20. Mai 2015]).

Baltes, M. M., Horgas, A. L., Klingenspor, B. und Freund, A. M. (1996): Geschlechtsunterschiede in der Berliner Altersstudie. In: K. U. Mayer und P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 573-598.

BAMF, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2013): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2011. Berlin: Bundesministerium des Inneren (BMI). (http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2011.html;jsessionid=1B834EBEF19B2901509E7C9DE62E79B9.1_cid294?nn= 1663558 [Zugriff am 5. Oktober 2015]).

Banse, J., Berndgen-Kaiser, A., Deilmann, C., Fox-Kämper, R. u. a. (2014): Wohnsituation und Wohnwünsche älterer Menschen in ost- und westdeutschen Städten. Reihe Wissenschaft. Band 41. Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag.

Barnes, M. (2005): The same old process? Older people, participation and deliberation. In: Ageing and Society 25 (2), 245-259.

Bartholomeyczik, S. (2015): Entbürokratisierung oder neue Fremdbestimmung? Das Strukturmodell zur Modifizierung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation. In: Dr. med. Mabuse: Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe 214 (2), 14-15.

BaS, Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e. V. (Hrsg.) (2015): Programm Nachbarschaftshilfe und soziale Dienstleistungen. Dokumentation. Bonn. (https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/fileadmin/sozialeswohnen/PDF/Broschueren/BaS_Broschuere_A4_klein.pdf [Zugriff am 21. September 2015]).

Bauer, U. und Büscher, A. (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Gesundheit und Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Baumgardt, B. und Reiners, H. (2012): Regionale Disparitäten in der gesundheitlichen Versorgung: Handlungsfelder und Reformbedarf. In: S. Kümpers und J. Heusinger (Hrsg.): Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Bern: Huber, 233-247.

Baykara-Krumme, H. und Hoff, A. (2006): Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In: C. Tesch-Römer, H. Engstler und S. Wurm (Hrsg.): Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 447-517.

BBR, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2006): ExWoSt-Informationen „Kommunale Wohnraumversorgungskonzepte“. Nr. 30/1-05/2006. Berlin.

BBSR, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2010): Zukünftige Herausforderungen: Nachhaltige Raumentwicklung auf dem europäischen Kontinent in einer sich wandelnden Welt. Nationaler Report für Deutschland zur 15. DEMAT-Konferenz 2010. BBSR-Online-Publikation 02/10. Bonn. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BBSROnline/2010/DL_ON022010.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 30. September 2015]).

BBSR, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2011a): Lebensqualität in kleinen Städten und Landgemeinden. Aktuelle Befunde der BBSR-Umfrage. BBSR-Berichte kompakt 5/2011. Bonn. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BerichteKompakt/2011/DL_5_2011.pdf;jsessionid=4EF9A8391A79FE699DAD5F1AC6065D04.live1043?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 5. Oktober 2015]).

BBSR, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2011b): Bildung, Gesundheit, Pflege – Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Infrastruktur. Bonn. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BerichteKompakt/2011/DL_11_2011.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 29. April 2015]).

BBSR, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2011c): Fortführung der Kompensationsmittel für die Wohnraumförderung. Endbericht. Bonn. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/WohnenImmobilien/RahmenbedInstrumente/ProjekteFachbeitraege/Wohnraumfoerderung/Fachgutachten_Wohnraumfoerderung.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 2. Oktober 2015]).

BBSR, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2012a): Laufende Raumbeobachtung – Raumabgrenzungen: Kreise und Kreisregionen. Bonn. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreise_Kreisregionen/kreise_node.html [Zugriff am 22. April 2015]).

BBSR, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2012b): Raumordnungsbericht 2011. Bonn. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/Sonderveroeffentlichungen/2012/DL_ROB2011.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 30. September 2015]).

BBSR, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2012c): Kommunale Strategien für die Versorgung einkommensschwächerer und sozial benachteiligter Haushalte. Bonn. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/Sonderveroeffentlichungen/2014/DL_KommunaleStrategien.pdf;jsessionid=DBD4CF1DB8A2CC49B8D930098E8D8003.live2051?__blob=publicationFile&v=4 [Zugriff am 2. Oktober 2015]).

BBSR, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2014a): Potenzialanalyse altersgerechter Wohnungsanpassung. Bonn. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/Sonderveroeffentlichungen/2014/DL_potenzialanalyse_altersgerechte_wohnungsanpassung.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 5. Oktober 2015]).

BBSR, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2014b): Neues Wohnen – Gemeinschaftliche Wohnformen bei Genossenschaften. Bonn. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/Sonderveroeffentlichungen/2014/DL_NeuesWohnen.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 5. Oktober 2015]).

BBSR, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2014c): Regionale Disparitäten in Deutschland auf der Ebene von Gemeinden und Kreisen. Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Bonn.

Beach, S., Schulz, R., Downs, J., Matthews, J. u. a. (2009): Disability, age, and informational privacy attitudes in quality of life technology applications: Results from a national web survey. In: ACM Transactions on Accessible Computing 2 (1), 1-21.

Beauchamp, A., Backholer, K., Magliano, D. und Peeters, A. (2014): The effect of obesity prevention interventions according to socioeconomic position: a systematic review. In: Obesity Reviews 15 (7), 541-554.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2013): Soziale Teilhabe. Handlungsempfehlungen des Beirats der Integrationsbeauftragten. Berlin. (http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/IB/2013-03-08-soziale-teilhabe-empfehlungen-beirat.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Zugriff am 5. Oktober 2015]).

Becker, C. und Rapp, K. (2011): Stürze in der Geriatrie. In: Der Internist 52 (8), 939-945.

Becker, G., Lenzen, K., Stäudel, L., Tillmann, K. u. a. (2004) (Hrsg.): Heterogenität: Unterschiede nutzen – Gemeinsamkeiten stärken. Friedrich-Jahresheft 22. Seelze: Friedrich Verlag.

Becker, I. (2012): Finanzielle Mindestsicherung und Bedürftigkeit im Alter. In: Zeitschrift für Sozialreform 58 (2), 123-148.

Beckmann, K. J. (2013): Entwicklungslinien der Mobilität im Alter – Bedingungen und Veränderungstendenzen. In: B. Schlag und K. J. Beckmann (Hrsg.): Mobilität und demografische Entwicklung. Schriftenreihe Mobilität und Alter. Band 7. Köln: TÜV Media, 41-76.

Beckmann, S. (2014): Sorgearbeit (Care) und Gender. Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Bremen.

Beetz, S. (2009): Regionale Dimension des Alterns und der Umbau kommunaler Daseinsvorsorge – Entwicklungen am Beispiel ländlicher Räume. In: C. Neu (Hrsg.): Daseinsvorsorge. Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung. Wiesbaden: Springer VS, 114-132.

Beetz, S. (2012): Nachbarschaften in Roßwein. Forschungsberichte der Fakultät für Soziale Arbeit an der Hochschule Mittweida Nr. 5. Mittweida.

Beetz, S., Müller, B., Beckmann, K. J. und Hüttl, R. F. (2009): Altern in Gemeinde und Region. Altern in Deutschland. Band 5. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Beetz, S. und Wolter, B. (2015): Alter(n) im Wohnumfeld zwischen Individualisierung und kollektivem Handeln. In: A. van Rießen, C. Bleck und R. Knopp (Hrsg.): Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden: Springer VS, 207-224.

Behr, G. A., Moreira, J. C. und Frey, B. N. (2012): Preclinical and clinical evidence of antioxidant effects of antidepressant agents: implications for the pathophysiology of major depressive disorder. In: Oxidative medicine and cellular longevity 2012 (Article ID 609421). (http://dx.doi.org/10.1155.2012/609421 [Zugriff am 30. September 2015]).

Behrens, J. (2008): Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In: U. Bauer und A. Büscher (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 180-211.

Behrens, J., Görres, S., Schaeffer, D., Bartholomeyczik, S. u. a. (2012): Agenda Pflegeforschung für Deutschland. Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. (http://www.dpo-rlp.de/agenda_pflegeforschung.pdf [Zugriff am 22. September 2015]).

Beier, M. und Matern, A. (2007): Stadt-Umland-Prozesse und interkommunale Zusammenarbeit. Stand und Perspektiven der Forschung. Hannover: Akademie für Raumforschung und Landesplanung.

Bencek, D. und Klodt, H. (2014): Die Legende von der Mietpreisexplosion. Kiel Working Paper Nr. 1895. Kiel: Institute for the World Economy.

Benedix, U., Hammer, G., Medjedovic, I. und Schröder, E. (2013): Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege. Eine Erhebung im Land Bremen. Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen 3/2013. Bremen: IAW, Institut Arbeit und Wirtschaft.

Benz, A. und Dose, N. (2010): Von der Governance-Analyse zur Policytheorie. In: A. Benz und N. Dose (Hrsg.): Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 251-276.

Berchtold, P. und Zanoni, U. (2015): „Sehen Sie mal, was ich sehe!“: Mehr Patientensicht, mehr Integration. In: V. E. Amelung, S. Eble, H. Hildbrandt u. a. (Hrsg.): Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 9-13.

Berger, R. M. und Kelly, J. J. (2001): What are older gay men like? An impossible question? In: D. C. Kimmel und D. L. Martin (Hrsg.): Midlife and aging in America. Proceedings of the SAGE Conference 2000. New York, London und Oxford: Harrington-Park-Press, 55-64.

Berkman, C. und Gurland, B. J. (1998): The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. In: Journal of Aging and Health 10 (1), 81-98.

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009): Alt und behindert: Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Berlin. (http://www.berlin-institut.org/publikationen/studien/alt-und-behindert.html [Zugriff am 5. Oktober 2015]).

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011): Die Zukunft der Dörfer. Zwischen Stabilität und demographischem Niedergang. Berlin. (http://vg08.met.vgwort.de/na/34bec130680d4d1dafe434613899f22b?l=http://berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Doerfer_2011/Die_Zukunft_der_Doerfer_Webversion.pdf [Zugriff am 5. Oktober 2015])-

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2015): Von Hürden und Helden. Wie sich das Leben auf dem Land neu erfinden lässt. Berlin. (http://www.berlin-institut.org/publikationen/studien/von-huerden-und-helden.html [Zugriff am 24. Juli 2015]).

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung und Körber Stiftung (2014): Stadt für alle Lebensalter. Wo deutsche Kommunen im demografischen Wandel stehen und warum sie altersfreundlich werden müssen. Berlin. (http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Stadt_fuer_alle_Lebensalter/BI_StadtFuerAlleLebensalter_Online.pdf [Zugriff am 29. April 2015]).

Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L. und Härter, M. (2010): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. In: Psychiatrische Praxis 37 (5), 225-232.

Bernard, P., Charafeddine R., Frohlich, K., Daniel, M. u. a. (2007): Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. In: Social Science and Medicine 65 (9), 1839-1852.

Bertelsmann Stiftung (2012): Themenreport „Pflege 20302. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh. (https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf [Zugriff am 16. Juni 2015]).

Bertelsmann Stiftung (2015): Wegweiser Kommune. Gütersloh. (http://www.wegweiser-kommune.de/ [Zugriff am 22. April 2015]).

Beske, F., Brix, F., Gebel, V. und Schwarz, T. (2012): Gesundheit und Pflege in Schleswig-Holstein – Interessenübergreifende Analyse und Perspektive. Kiel: Schmidt und Klaunig.

Bestmann, B., Wüstholz, E. und Verheyen, F. (2014): Pflegen – Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. Hamburg: Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG).

Bettig U., Frommelt M. und Schmidt, R. (2012): Fachkräftemangel in der Pflege: Konzepte, Strategien, Lösungen. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.

Beyer, I. (1995): Lesbische Existenz in Zeiten restaurativer Politik: die Bundesrepublik Deutschland der 50er und 60er Jahre. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Berlin: Freie Universität.

Beyer, T. (2015): Eigennutz statt Eigensinn? Betrachtungen zum aktuellen Stand der Debatte um eine „Monetarisierung“ freiwilligen Engagements. In: eNewsletter Wegweiser Bürgergesellschaft (4). (http://www.buergergesellschaft.de/fileadmin/pdf/gastbeitrag_beyer_150311.pdf [Zugriff am 22. September 2015]).

Bilgin, Y., Doppl, W. und Bretzel, R. (1988): Besonderheiten bei der internistischen Betreuung türkischer Patienten mit koronarer Herzerkrankung in einer medizinischen Poliklinik. In: Internationale Welt 12, 354-356.

Bischof, C. und Weigl, B. (2010): Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen. Berlin: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge.

Bispinck, R., Dribbusch, H., Öz, F. und Stoll, E. (2013): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. Arbeitspapier 21. Düsseldorf: WSI in der Hans-Böckler-Stiftung. (http://www.lohnspiegel.de/dateien/pflegeberufe-update [Zugriff am 29. September 2015]).

Bittlingmayer, U. H. und Ziegler, H. (2012): Public Health und das gute Leben. Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften? WZB-Discussion-Paper SP, 2012-301. Berlin: WZB. (http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2012/i12-301.pdf [Zugriff 22. Juli 2015]).

Blaumeiser, H., Blunck, A., Klie, T., Pfundstein, T. u. a. (2002): Handbuch kommunale Altenplanung. Grundlagen – Prinzipien – Methoden. Frankfurt am Main: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge.

Bleses, P. und Jahns, K. (2015): Neugestaltung der Koordination und Interaktion in der ambulanten Pflege: Chancen und Anforderungen für Führungs- und Pflegekräfte. In: G. Becke und P. Bleses (Hrsg.): Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer VS, 53-70.

Blinkert, B. (2011): Begleitforschung zur Einführung eines Persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management. In: Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)-Spitzenverband (Hrsg.): Das Pflegebudget. Band 4. Berlin: GKV-Spitzenverband, 45-84.

Blinkert, B. (2013): Chancen und Herausforderungen des demografischen Wandels. Aktives Altern und Pflegebedürftigkeit in europäischen Kommunen und Ländern der EU. Ergebnisse und Methoden des von der EU geförderten Projektes „Werkzeuge für die Entwicklung vergleichbarer Erhebungen auf lokaler Ebene (TooLS)“. Berlin: LIT.

Blinkert, B. (2015): Versorgung pflegebedürftiger Haushaltsmitglieder. Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Freiburg (unveröffentlicht).

Blinkert, B. und Klie, T. (2004a): Solidarität in Gefahr. Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“. Hannover: Vincentz Network.

Blinkert, B. und Klie, T. (2004b): Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. In: Sozialer Fortschritt 53 (11/12), 319-325.

Blinkert, B. und Klie, T. (2006a): Die Zeiten der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (3), 202-210.

Blinkert, B. und Klie, T. (2006b) Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegezeiten in häuslichen Arrangements. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (6), 423-428.

Blinkert, B. und Klie, T. (2007): Soziale Integration und Beantwortung des Pflegebedarfs pflegebedürftiger Menschen – Bedarf und Chancen. In: A. Schwendemann und A. Götzelmann (Hrsg.): Soziale Gesundheit. Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre, 208-226.

Blinkert, B. und Klie, T. (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 58 (12-13), 25-33.

Blinkert, B. und Klie, T. (2009): Who cares in Ulm? Szenarien zur Beschreibung möglicher Entwicklungen der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen in Ulm. Ulm: Stadt Ulm.

Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. und Steffen, P. (2013): Krankenhausbarometer 2013. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus Institut e. V. (DKI).

BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008): Alterssicherungsbericht – Ergänzender Bericht der Bundesregierung zum Rentenversicherungsbericht 2008. Berlin. (http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/rentenversicherungsbericht-2008-ergaenzender-bericht.pdf;jsessionid=444C51B74C2436A87F4D50E547AE62A1?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 5. Oktober 2015]).

BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013a). Lebenslagen in Deutschland. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn. (http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 5. Oktober 2015]).

BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2013b): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bonn. (http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 29. April 2015]).

BMBau, Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (1993): Raumordnungspolitischer Orientierungsrahmen. Leitbild für die räumliche Entwicklung für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn. (https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/377/dokumente/raumordnungspolitischer_orientierungsrahmen.pdf [Zugriff am 28. Juli 2015]).

BMBF, Bundesministerium für Bildung und Forschung (2010): Bekanntmachung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung von Richtlinien zur Förderung von Forschung und Entwicklung auf dem Gebiet „Mobil bis ins hohe Alter – nahtlose Mobilitätsketten zur Beseitigung, Umgehung und Überwindung von Barrieren“. Bonn. (https://www.bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung.php?B=586 [Zugriff am 6. Oktober 2015]).

BMELV, Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.) (2011): Fortschrittsbericht der Bundesregierung zur Entwicklung ländlicher Räume. Berlin. (http://www.etracker.com/lnkcnt.php?et=dQsrB9&url=http%3A%2F%2Fwww.bmel.de%2FSharedDocs%2FDownloads%2FBroschueren%2FForschrittsbericht.pdf%3Bjsessionid%3DA90DCE5288D858415F676EBFFD458981.1_cid382%3F__blob%3DpublicationFile&lnkname=Fortschrittsbericht [Zugriff am 30. September 2015]).

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin. (www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=5362.html [Zugriff am 29. April 2015]).

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004): Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. Berlin. (http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-altenhilfestrukturen-der-zukunft,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf [Zugriff am 23. Sept. 2015]).

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin. (www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf [Zugriff am 29. April 2015]).

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011): Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Stellungnahme der Bundesregierung zum Gutachten der Sachverständigenkommission. Gutachten der Sachverständigenkommission. Deutscher Bundestag. Drucksache 17/6240. Berlin.

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2014): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – Wie Unternehmen Beschäftigte mit Pflegeaufgaben unterstützen können. Berlin.

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2016): Zweiter Engagementbericht der Bundesregierung. Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung. Berlin.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Berlin.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Pressemitteilung vom 27. Mai 2015. Berlin. (http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2015-02/e-health-gesetzentwurf-im-kabinett.html [Zugriff am 15. September 2015]).

BMUB, Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (Hrsg.) (2014): Statusbericht Soziale Stadt 2014. Berichtszeitraum 2009-2014. Berlin. (http://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/SharedDocs/Publikationen/StBauF/SozialeStadt/StatusberichtProgrammSozialeStadt2014.pdf?__blob=publicationFile&v=9 [Zugriff am 3. August 2015]).

BMUB, Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2015): Bestand an gebundenen Wohnungen in den Ländern 2013. Antwort auf eine Schriftliche Frage Nr. 6/99 vom 15. Juni 2015 durch MdB Caren Lay. Berlin. (http://dokumente.linksfraktion.de/inhalt/150624-sozialwohnungen-aktualisierung.pdf [Zugriff am 2. Oktober 2015]).

BMVBS, Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2011a): Regionalstrategie Daseinsvorsorge: Denkanstöße für die Praxis. Berlin. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Sonderveroeffentlichungen/2011/DL_RegionalstrategieDaseinsvorsorge.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 30. September 2015]).

BMVBS, Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2011b): Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf. Ein Projekt des Forschungsprogramms „Allgemeine Ressortforschung“ des BMVBS, betreut vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). Forschungen Heft 147. Berlin. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Forschungen/2011/Heft147_DL.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 03. September 2015]).

BMVBS, Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2012): Bestand an gebundenen Wohnungen in den Ländern 2002 und 2010. Antwort auf eine schriftliche Frage Nr. 236/Juli durch MdB Caren Lay. Berlin. (http://www.caren-lay.de/kontext/controllers/document.php/35.0/b/970.pdf [Zugriff am 2. Oktober 2015]).

BMVBS, Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2013): Nahversorgung in ländlichen Räumen. BMVBS-Online-Publikation 02/2013. Berlin. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Online/2013/DL_ON022013.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 17. September 2015]).

BMVI, Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (2015) (Hrsg.): Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge. Projektassistenz Umsetzungsphase. BMVI-Online-Publikation 04/2015. Berlin. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVI/BMVIOnline/2015/BMVI_Online_04_15.html?nn=395966 [Zugriff am 27. Juli 2015]).

Bochow, M. (1997): Informationsstand und präventive Vorkehrungen im Hinblick auf AIDS bei homosexuellen Männern der Unterschicht. Band 26. Berlin: AIDS-Forum Deutsche AIDS-Hilfe.

Bochow, M. (1998): Schichtspezifische Vulnerabilität im Hinblick auf HIV und AIDS. Eine empirische Studie zur besonderen Gefährdung homosexueller Männer aus der Unterschicht. In: Zeitschrift für Sexualforschung (11) 4, 327-345.

Bochow, M. (2005): Ich bin doch schwul und will das immer bleiben – Schwule Männer im dritten Lebensalter. Hamburg: Männerschwarmskript Verlag.

Bochow, M. (2013): Dreißig Jahre Aidshilfen. Von den schwulen Gründungsjahren in eine queere Zukunft? In: B. Höll, K. Lederer und B. Niendl (Hrsg.): queer.macht.politik. Schauplätze gesellschaftlicher Veränderung. Berlin: Männerschwarm Verlag, 41-55.

Bock, C., Osterkamp, N. und Schulte, C. (2013): Fachärztliche Versorgung auf dem Land: Mangel oder fehlender Komfort? In: J. Böcken, B. Braun und U. Repschläger (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2012. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer/GEK. Gütersloh: Bertelsmann, 160-181.

Bode, I. (2013): Die Infrastruktur des postindustriellen Wohlfahrtsstaates: Organisation, Wandel, Gesellschaftliche Hintergründe. Wiesbaden: Springer VS.

Bode, I. (2014): Strukturen und Reformen der Altenhilfe und Pflege im internationalen Vergleich. Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Kassel.

Boettcher, F. (2012): Kommunale Haushaltsdefizite: Umfang, Ursachen und Lösungsmöglichkeiten. In: dms – der moderne staat – Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management 5 (1), 65-84.

Bogai, D., Carstensen, J., Seibert, H., Wiethölter, D. u. a. (2015): Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Berlin: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Böhm, K., Tesch-Römer, C. und Ziese, T. (Hrsg.) (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut (RKI).

Böhnisch, L. und Schröer, W. (2010): Soziale Räume im Lebenslauf. Aneignung und Bewältigung. In: sozialraum.de (1). (http://www.sozialraum.de/soziale-raeume-im-lebenslauf.php [Zugriff am 10. Juli 2015]).

Böhnke, P. (2002): Die exklusive Gesellschaft. In: S. Sell (Hrsg.): Armut als Herausforderung. Berlin: Duncker und Humblot, 45-64.

Borasio, G. D. (2011): Über das Sterben. München: C. H. Beck.

Borchert, L. und Rothgang, H. (2008): Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: U. Bauer und A. Büscher (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 215-237.

Borde T., Braun, T. und David, M. (2003). Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Berlin: Universitätsklinikum Charité.

Bouman, A., Rossum, E. van, Nelemans, P., Kempen, G. u. a. (2008): Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. In: BMC Health Services Research 8 (1), 74.

Bourdieu, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (1993): Ortseffekte. In: P. Bourdieu und A. Accardo (Hrsg.): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: Universitäts-Verlag Konstanz.

Brandenburg, H. und Klie, T. (2003): Gerontologische Pflege – Perspektiven für Studium, Praxis und Forschung. In: H. Brandenburg und T. Klie (Hrsg.): Gerontologie und Pflege. Beiträge zur Professionalisierungsdiskussion in der Pflege alter Menschen. Hannover: Vincentz Network, 132-141.

Brandenburg, H. und Güther, H. (im Druck): Lehrbuch Gerontologische Pflege. Bern: Huber.

Braubach, M. und Fairburn, J. (2010): Social inequities in environmental risks associated with housing and residential location – a review of evidence. In: European Journal of Public Health 20 (1), 26-42.

Breeze, E. (2007): Health inequalities in old age in Britain. In: A. Dangour, E. Grundy und A. Fletcher (Hrsg.): Ageing well. Nutrition, health, and social interventions. London: Chemical Rubber Company (CRC) Press, 85-126.

Breeze, E., Fletcher, A., Leon, D., Marmot, M. u. a. (2001): Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall Study. In: American Journal of Public Health 91 (2), 277-283.

Breeze, E., Jones, D., Wilkinson, P., Bulpitt, C. u. a. (2005): Area deprivation, social class, and quality of life among people aged 75 years and over in Britain. In: International Journal of Epidemiology 34 (2), 276-283.

Brem, D. (2010): Altern in Armut und Wohnungslosigkeit. Lebenslagen älterer wohnungsloser Menschen. Kumulative Dissertationsschrift. Hall in Tirol: Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT).

Brem, D. (2011): Alt und wohnungslos in industrialisierten Ländern. Eine international vergleichende Untersuchung über Lebenslagen älterer wohnungsloser Menschen. In: Sozialer Fortschritt 60 (11), 249-256.

Brem, D. (2014): Altern am Rand der Gesellschaft – Forschungsergebnisse empirischer Untersuchungen über die Lebenslagen älterer wohnungsloser Menschen mit möglichen Konsequenzen für die berufliche soziale Arbeit. In: R. Keicher und S. Gillich (Hrsg.): Wenn Würde zur Ware verkommt. Soziale Ungleichheit, Teilhabe und Verwirklichung eines Rechts auf Wohnraum. Wiesbaden: Springer VS, 101-112.

Brem, D. und Seeberger, B. (2009): Alt und wohnungslos in Deutschland. Eine Untersuchung über vorhandene Daten zu Lebensbedingungen älterer wohnungsloser Menschen. In: Sozialer Fortschritt 58 (9-10), 226-234.

Brem, D. und Seeberger, B. (2010): Alt und wohnungslos in Bayern. Eine Untersuchung über Lebenslagen von älteren wohnungslosen Männern in betreuten Wohnformen. In: Sozialer Fortschritt 59 (8), 219-229.

Bremer, P. (2000): Ausgrenzungsprozesse und die Spaltung der Städte. Zur Lebenssituation von Migranten. Opladen: Leske und Budrich.

Bremer, P. und Wübker, A. (2012): Soziale Ungleichheit und Inanspruchnahme medizinischer und präventiver Leistungen in Deutschland: eine empirische Analyse. Diskussionspapier Nr. 20. Witten u. a.: Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Universität Witten, Herdecke.

Brendebach, C. und Reimann, R. (2013): Nachbarschaftshilfe als Modell der Zukunft? In: Zeitschrift für Gerontologie und Ethik (1), 11-21.

Brill, H., Gaworowska, V. und Grützmacher, H. (2008): Jeder lebt sein eigenes Alter. Wie stellen sich homosexuelle Menschen in Deutschland die Pflege und Versorgung im Alter vor? Unveröffentlichte Diplomarbeit. Köln: Katholische Fachhochschule NRW.

Brokmann, J. C., Czaplik, M., Bergrath, S., Valentin, B. u. a. (2014): Telemedizin. In: Notfall und Rettungsmedizin 17 (3), 209-216.

Brucker, U. (2011): Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen. Das Europäische Projekt MILCEA und seine Konsequenzen. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 65 (6), 82-85.

Brückner, M. (2009): Die Sorge um die Familie – Care im Kontext Sozialer Arbeit und öffentlicher Wohlfahrt. In: Neue Praxis (Sonderheft 9), 39-48.

Brückner, M. (2012): Selbstsorge im Spannungsfeld von ‚Care' und ‚Caritas'. In: M. Jansen Brückner, M. Göttert, und M. Schmidbaur (Hrsg.): Selbstsorge als Thema in der (un)bezahlten Arbeit. Dokumentation der Tagung „Wer sorgt für wen?" Selbstsorge als Thema der (un)bezahlten Arbeit am 16. November 2011. Wiesbaden: Hessische Landeszentrale für politische Bildung, 9-28.

Bruns, V. (1997): Éducation homophile in Klein-Paris. Die sechziger Jahre in Düsseldorf, In: E. Kraushaar (Hrsg.): Hundert Jahre Schwul. Eine Revue. Berlin: Rowohlt Verlag, 85-103.

Bubolz-Lutz, E. (2013): Von der Schwierigkeit, Hilfe anzunehmen. In: B. Zangen (Hrsg.): Bedingungslos menschlich. Ehrenamtliche im Einsatz. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher, 56-65.

Bubolz-Lutz, E., Gösken, E., Kricheldorff, C. und Schramek, R. (2010): Geragogik, Bildung und Lernen im Prozess des Alterns: Stuttgart: Kohlhammer.

Buchholz, S. und Blossfeld, H. (2009): Beschäftigungsflexibilisierung in Deutschland – Wen betrifft sie und wie hat sie sich auf die Veränderung sozialer Inklusion/Exklusion in Deutschland ausgewirkt? In: R. Stichweh und P. Windolf (Hrsg.): Inklusion und Exklusion: Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 123-138.

Buhse, M. (2008): Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. In: Journal of Neuroscience Nursing 40 (1), 25-31.

Bukov, A. (2000): Individuelle Ressourcen als Determinanten sozialer Beteiligung im Alter. In: G. Backes und W. Clemens (Hrsg.): Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Opladen: Leske und Budrich, 187-214.

Bukov, A., Maas, I. und Lampert, T. (2002): Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. In: Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 57 B (6), 510-517.

Bukow, W.-D. und Heimel, I. (2003): Der Weg zur qualitativen Migrationsforschung. In: T. Badawia, F. Hamburger und M. Hummrich (Hrsg.): Wider die Ethnisierung einer Generation. Beiträge zur qualitativen Migrationsforschung. Frankfurt am Main u. a.: IKO – Verlag für Interkulturelle Kommunikation, 13-39.

Bullinger, M. und Kirchberger, I. (1998): Der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2013): Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Arbeitsmarktberichterstattung – Juni 2013. Nürnberg. (http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2013-06.pdf [Zugriff am 29. September 2014]).

Bundesärztekammer (2015): Ärztestatistik 2014. Etwas mehr und doch zu wenig. Berlin. (http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/ [Zugriff 15.September 2015]).

Bundesregierung (2012): Alterssicherung und Altersarmut von Frauen in Deutschland. Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Yvonne Ploetz, Matthias W. Birkwald, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Berlin: Deutscher Bundestag.

Bundesregierung (2014). Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches. Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds. Bundestagsdrucksache 18/1798. Berlin.

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (2015): Sozialraumorientierte Pflege stärken durch wirkungsvolle Einbeziehung der Kommunen. Ein Vorschlag für die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Berlin.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen (2015): Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf [Zugriff am 4. Oktober 2015]).

Burgi, M. (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen. Bochumer Schriften zum sozial- und Gesundheitsrecht. Baden-Baden: Nomos.

Burzan, N. (2011): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Busch, S., Ishorst-Witte, F., Klose, R., Niemann, P. u. a. (2009): Krankheit als finanzielle Belastung. Vorschläge zur besseren sozialen Absicherung chronisch kranker Menschen. Stuttgart: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland.

Büscher, A. und Klie, T. (2012): Qualität und Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 43 (3), 70-80.

Busemeyer, M., Ebbinghaus, B., Leibfried, S., Mayer-Ahuja, N. u. a. (Hrsg.) (2013): Wohlfahrtspolitik im 21. Jahrhundert. Frankfurt am Main: Campus.

BVG, Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.) (2010): Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung. Stuttgart: Kohlhammer.

Carmeli, E. (2014): Aging, Neuroplasticity and Neuro Rehabilitation. In: Journal of Aging Science 2 (1), 1-2. (http://esciencecentral.org/journals/aging-neuroplasticity-and-neuro-rehabilitation-2329-8847.1000e110.pdf [Zugriff am 29. April 2015]).

Carstensen, L. L. und Lang, F. R. (2007): Sozioemotionale Selektivität über die Lebensspanne: Grundlagen und empirische Befunde. In: J. Brandtstädter und U. Lindenberger (Hrsg.): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer, 389-412.

Case A. und Paxson C (2005). Sex differences in morbidity and mortality. Demography 42 (2), 189-214

CDU, CSU und SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode. Berlin. (https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf [Zugriff am 29. September 2015]).

Chandola, T., Ferrie, J., Sacker, A. und Marmot, M. (2007): Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. In: British Medical Journal 334 (7601), 990-997.

Clark, C., Guo, H., Lunos, S. und Aggarwal, N. (2011): Neighborhood cohesion is associated with reduced risk of stroke mortality. In: Stroke 42 (5), 1212-1217.

Clark, D. und Roayer, H. (2013): The effect of education on adult mortality and health: Evidence from Britain. In: The American Economic Review 103 (6), 2087-2120.

Claßen, K., Oswald, F., Doh, M., Kleinemas, U. u. a. (2014): Umwelten des Alterns. Stuttgart: Kohlhammer.

Clegg, A., Young, J., IIiffe, S., Rickert, M. u. a. (2013): Frailty in elderly people. In: Lancet 381 (9868), 752-62.

Conradi, E. (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt am Main: Campus.

Cornwell, B., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Kim, J. u. a. (2014): Assessment of social network change in a national longitudinal survey. In: Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 69 (8), S75-S82.

Crome, B. (2007): Entwicklung und Situation der Wohnungsgenossenschaften in Deutschland. In: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung (4), 211-221.

Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A. und Macintyre, S. (2007): Understanding and representing place in health research: A relational approach. In: Social Science and Medicine 65 (9), 1825-1838.

Currie, J. (2008): Healthy, wealthy, and wise: Socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development. Cambridge Massachusetts: National Bureau of Economic Research.

DAK, DAK-Gesundheit (Hrsg.) (2015): Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. (http://www.dak.de/dak/download/Pflegereport_2015-1701160.pdf [Zugriff am 2. Oktober 2015]).

Dangschat, J. (2009): Zur Bedeutung des Community Ansatzes. In: M. Alisch (Hrsg.): Lesen Sie die Packungsbeilage …?! Sozialraumentwicklung und Gesundheitsinformation. Beiträge zur Sozialraumforschung. Band 3. Opladen u. a.: Verlag Barbara Budrich, 5-44.

Dangschat, J. und Alisch, M. (2012): Perspektiven der soziologischen Segregationsforschung. In: M. May und M. Alisch (Hrsg.): Formen sozialräumlicher Segregation. Beiträge zur Sozialraumforschung. Band 7. Opladen u. a.: Verlag Barbara Budrich, 23-50.

Dangschat, J. und Alisch, M. (2014): Soziale Mischung – die Lösung von Integrations-Herausforderungen? In: P. Gans (Hrsg.): Räumliche Auswirkungen der internationalen Migration. Forschungsberichte der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL). Hannover: Akademie für Raumforschung und Landesplanung.

Dannecker, M. und Reiche, R. (1974): Der gewöhnliche Homosexuelle – Eine soziologische Untersuchung über männliche Homosexuelle in der Bundesrepublik. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Dapp, U., Anders, J.A., Golgert, S. und Renteln-Kruse, W. von (2014): Long-term prediction of changes in health status, frailty, nursing care and mortality in community-dwelling senior citizens – results from the Longitudinal Urban Cohort Ageing Study (LUCAS). In: BMC Geriatrics 14, 141.

Dapp, U., Anders, J.A., Renteln-Kruse, W. von und Minder, C. (2011): A randomized trial of effects of health risk appraisal combined with group sessions or home visits on preventive behaviors in older adults. In: Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences 66A (5), 591-598.

Deckl, S. (2013): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union. Ergebnisse aus Leben in Europa/EU-SILC 2011. In: Wirtschaft und Statistik (3), 212-227.

Deffner, V. und Meisel, U. (Hrsg.) (2013): „StadtQuartiere“. Sozialwissenschaftliche, ökonomische und städtebaulich-architektonische Perspektiven. Essen: Klartext-Verlag.

Degener, T. (2010): Weltweite Rechte für Menschen mit Behinderung. Die UN-Behindertenrechtskonvention. In: Pro Alter 42 (5-6), 64-70.

Dehne, P. und Neubauer, A. (2014): Ländliches Wohnen im Alter, aber wie? Facetten sorgender Gemeinschaften in Mecklenburg-Vorpommern und anderswo. In: Informationsdienst Altersfragen 41 (6), 3-12.

Dennert, G. (2005): Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland. Herbolzheim: Centaurus Verlag.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2013): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014a): Erwerbsminderungsrente: Hilfe im Ernstfall – Ein Fall für die Gesetzliche. Berlin. (http://www.deutsche-Rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/1_Lebenslagen/03_Familie_und_Kinder/01_Informationen_zur_Rente/05_EM-Rente_Hilfe_im_Ernstfall/EM_Rente_Hilfe_im_Ernstfall_node.html [Zugriff am 14. Juli 2015]).

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014b): Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitablauf. Stand Mai 2014. Berlin. (http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/13_indikatoren_zu_erwerbsminderungsrenten.pdf?__blob=publicationFile&v=13 [Zugriff am 14. Juli 2015]).

Deutscher Bundestag (1998): Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter und Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission. Bundestagsdrucksache 13/9750. Berlin. (http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/13/097/1309750.pdf [Zugriff am 2. Oktober 2015]).

Deutscher Bundestag (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Bundestagsdrucksache 14/5130. Berlin. (http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/051/1405130.pdf [Zugriff am 30. September 2015]).

Deutscher Bundestag (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Bundestagsdrucksache 17/3815. Berlin. (http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/17/038/1703815.pdf [Zugriff am 30. September 2015]).

Deutscher Bundestag (2012): Achter Familienbericht: Zeit für Familie – Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik und Stellungnahme der Bundesregierung. Bundestagsdrucksache 17/9000. Berlin. (http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/090/1709000.pdf [Zugriff am 30. September 2015]).

Deutscher Bundestag (2015): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II). Bundestagsdrucksache 18/5926. Berlin. (http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/059/1805926.pdf [Zugriff am 30. September 2015])

Deutscher Landkreistag (2012): Unterstützung und Hilfe im Alter. Themenpapier des Deutschen Landkreistages. In: Henneke, H.-G. (Hrsg.): Kommunale Verantwortung für Gesundheit und Pflege. Stuttgart: Boorberg, 179-183.

Deutscher Städtetag (2013). Bekämpfung von Wohnraummangel und steigenden Mieten in den Städten. Positionspapier des Deutschen Städtetages. Berlin und Köln. (http://www.staedtetag.de/imperia/md/content/dst/internet/fachinformationen/2013/positionspapier_dst_wohnraummangel_20130423.pdf [Zugriff am 26. August 2015]).

Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e. V. (2014): Gemeinsam für ein altersgerechtes Quartier: Handlungsanregungen für die Zusammenarbeit zwischen Akteuren zur tragfähigen altersgerechten Quartiersentwicklung. Berlin. (http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2015/25198/ [Zugriff am 24. Juli 2015]).

Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e. V. (Hrsg.) (2015): HELPS – Gemeinsam für ein altersgerechtes Quartier. Handlungsanregungen für die Zusammenarbeit zwischen Akteuren zur tragfähigen altersgerechten Quartiersentwicklung. Berlin. (http://www.deutscher-verband.org/fileadmin/user_upload/documents/Brosch%C3%BCren/HELPS_Handlungsempfehlungen_Internet.pdf [Zugriff am 22. September 2015]).

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2006): Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung. Berlin.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2015): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Qualität von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten gemäß § 45b Abs. 4 SGB XI, (DV 3/15). Berlin.

DHPV, Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband (Hrsg.) (2012): Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zum Thema „Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben". Berlin. (http://www.dhpv.de/tl_files/public/Ueber%20Uns/Forschungsprojekte/2012-08_Bevoelkerungsumfrage_DHPV_Grafiken.pdf [Zugriff 15. September 2015]).

Diakonie-Hilfswerk Hamburg (Hrsg.) (2008): Pflegeeinrichtungen für wohnungslose Menschen. Konzept 2008. Hamburg. (http://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2012/15330/pdf/Broschre_Pflegeheim_Wohnungslose.pdf [Zugriff am 28. September 2015]).

Diakonisches Werk der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern e. V. (Hrsg.) (2004): Älterwerden auf der Straße. Die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Hilfe für ältere, wohnungslose Menschen. Dokumentation des Fachtages des Evangelischen Fachverbandes für Gefährdetenhilfe im Diakonischen Werk Bayern am 15. Juli 2004. Nürnberg: Diakonisches Werk der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern e. V.

Dickens, A., Richards, S., Greaves, C. und Campbell, J. (2011): Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. In: BMC Public Health 11 (647), 1-22.

Dieck, M. (1984): Altenpolitik. In: W. Oswald, W. Herrmann, S. Kanowski u. a. (Hrsg.): Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer, 19-30.

Dieckmann, F. und Metzler, H. (2013): Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg. (http://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/kvjs-forschung/FV_Alter_erleben_-_Abschl-Bericht-2013-05-06.pdf [Zugriff am 2. Oktober 2015]).

Dieckmann, F., Giovis, C., Schäper, S., Schüller, S. u. a. (2010): Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung (LEQUI)". Münster: Katholische Fachhochschule NRW.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. und Griffin, S. (1985): The satisfaction with life scale. In: Journal of Personality Assessment 49 (1), 71-75.

Digby, R. und Bloomer, M.J. (2014): People with dementia and the hospital environment: the view of patients and family carers. International Journal of Older People Nursing 9, 34-43.

Dodt, C. (2014): Notfallmedizin im ländlichen Raum. In: Notfall und Rettungsmedizin 17 (3), 189-189.

Doyle, C., Lennox, L. und Bell, D. (2013): A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. In: BMJ Pen 3 (1), 1-19.

Dragano, N. und Siegrist, J. (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: M. Richter und K. Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181-194.

Dräger, D. (2015): Die Einbindung der Angehörigen von Pflegebedürftigen. In: K. Jakobs, A. Kuhlmey, S. Greß u. a. (Hrsg.): Pflegereport 2015. Stuttgart: Schattauer, 121-134.

Dreißig, V. (2008): Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtverhältnissen in der Interaktion zwischen Pflegenden/Ärzten und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus. In: U. Bauer und A. Büscher (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 363-374.

Driller, E., Alich, S., Karbach, U., Pfaff, H. u. a. (2008): Die INA-Studie: Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe. Freiburg: Lambertus.

Droß, P. und Rentzsch, C. (2014): Zwischen Heterogenität und großen Erwartungen. Schwere Zeiten für Dritte-Sektor-Organisationen in Deutschland? In: A. Zimmer und R. Simsa (Hrsg.): Forschung zu Zivilgesellschaft, NPOs und Engagement. Quo vadis? Wiesbaden: Springer VS, 317-329.

DStGB, Deutscher Städte- und Gemeindebund (Hrsg.) (2012): Lebensräume zum Älterwerden. Anregungen und Praxisbeispiele für ein neues Miteinander im Quartier. DStGB Dokumentation Nr. 110. Berlin. (http://www.netzwerk-song.de/fileadmin/user_upload/DStGB-SONG-Doku_Lebensraeume_zum_AElterwerden.pdf [Zugriff am 25. September 2015]).

DStGB und SONG, Deutscher Städte- und Gemeindebund und Netzwerk Soziales neu gestalten (2012): Lebensräume zum älter werden. Anregungen und Beispiele für ein gutes Miteinander. Ausgabe Stadt und Gemeinde interaktiv. Verlagsbeilage „Stadt und Gemeinde INTERAKTIV" (12/2012). Berlin.

DStGB, Deutscher Städte- und Gemeindebund und BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2014): Kommunale Impulse generationenübergreifender Arbeit. Hintergründe und Einblicke aus dem Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser. DStGB Dokumentation Nr. 129. Berlin. (http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/documents/10180/74510/Doku129_Mehrgenerationen_MR%20CLEAN_GW_30%20DNK30k.pdf?type=application/pdf&size=4,2MB [Zugriff am 25. September 2015]).

Dutzi, I., Schwenk, M., Micol, W. und Hauer, K. (2013): Patienten mit Begleitdiagnose Demenz. Versorgung in der stationären geriatrischen Rehabilitation. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46, 208-213.

DVfR, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2012): Diskussionspapier Teilhabeforschung. Heidelberg u. a.: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation und Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften.

Dyk, S. van und Lessenich, S. (2009): „Junge Alte": Vom Aufstieg und Wandel einer Sozialfigur. In: S. van Dyk und S. Lessenich (Hrsg.): Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur. Frankfurt am Main u. a.: Campus, 11-48.

Dyk, S. van (2015): Die neuen Aktivbürger von nebenan? Die wohlfahrtsstaatliche Vergesellschaftung des höheren Lebensalters und die Entdeckung des Sozialraums. In: A. van Rießen, C. Bleck und R. Knopp (Hrsg.): Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden: Springer VS, 31-51.

Egner, B., Georgakis, N., Heinelt, H. und Bartholomäi, R. C. (2004): Wohnungspolitik in Deutschland. Positionen. Akteure. Instrumente. Darmstadt: Schader-Stiftung.

Eichler, M. und Pfau-Effinger, B. (2008): Pflegetätigkeit von Frauen in der nachberuflichen Phase. In: M. Erlinghagen und K. Hank (Hrsg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften – Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. Alter(n) und Gesellschaft. Band 16. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 165-190.

Einig, K. (2008): Regulierung der Daseinsvorsorge als Aufgabe der Raumordnung im Gewährleistungsstaat. In: BBSR, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung 1/2, 17-40.

Eitenbichler, L. (2001): Lokale Selbstorganisation von Senioren – gemeinwesenorientiertes bürgerschaftliches Engagement am Beispiel des Seniorenzentrums Mühlehof, Steinen. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Europa sozial gestalten. Stuttgart u. a.: Kohlhammer, 485-499.

Elgar, F., Davis, C., Wohl, M., Trites, S. u. a. (2011): Social capital, health and life satisfaction in 50 countries. In: Health and place 17 (5), 1044-1053.

Elias, N. (1987): Über den Prozess der Zivilisation. 12. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Elliot, R. und Adams, J. (2011): The creation of a dementia nurse specialist role in an acute general hospital. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 18 (7), 648-652.

Eltges, M. (2014): Kommunale Finanzen und Alterung – Einbettung in übergeordnete Finanzierungsfragen. Vortrag bei einer Anhörung der Siebten Altenberichtskommission am 3. Februar 2014. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR).

Engelmann, D., Gohde, J. und Künzel, G. (2015): Kooperation und Koordination auf kommunaler Ebene. In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß und A. Schwinger (Hrsg.): Pflege-Report 2015. Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer, 155-164.

Engeln, A. und Moritz, J. (2013): Auto der Zukunft für Ältere. In: B. Schlag und K. J. Beckmann (Hrsg.): Mobilität und demografische Entwicklung. Schriftenreihe Mobilität und Alter. Band 7. Köln: TÜV Media GmbH, 239-263.

Engels, D. (2006): Lebenslagen und soziale Exklusion. Thesen zur Reformulierung des Lebenslagenkonzepts für die Sozialberichterstattung. In: Sozialer Fortschritt 55 (5), 109-117.

Engstler, H. und Tesch-Römer, C. (2010): Lebensformen und Partnerschaft. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm und C. Tesch-Römer (Hrsg.): Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer, 163-187.

Enns, M., Rester, D. und Seeberger, B. (2009): Studienüberblick zur Lebenssituation älter werdender Contergan-geschädigter Menschen. In: Heilberufe Science 2 (2), 35-40.

Entzian, H. (1998): Perspektiven der Professionalisierung der Pflege. In: R. Schmidt und A. Thiele (Hrsg.): Konturen einer neuen Pflegelandschaft: Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg: Transfer-Verlag, 171-182.

Erlinghagen, M. (2010): Volunteering after retirement. In: European Societies 12 (5), 603-625.

Erlinghagen, M. und Hank, K. (2006): The participation of older Europeans in volunteer work. In: Ageing and Society 26 (4), 567-584.

Essmann, S. (1987): Zur Lebenssituation alter homosexueller Männer in der Bundesrepublik Deutschland. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Dortmund: Fachhochschule Dortmund, Fachbereich Sozialarbeit.

Eurostat (2013): Eurostat Regional Yearbook 2013. Luxembourg: Publications Office of the European Union. (http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5784301/KS-HA-13-001-EN.PDF/ec68c62e-0ca9-40af-83c2-949e152f9269 [Zugriff am 30. September 2015]).

Eurostat (2014): Hospital beds per 100.000 inhabitants. Luxembourg: European Commission, Eurostat. (epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00046 [Zugriff am 27. April 2014]).

Evers, A. (2011): Wohlfahrtsmix im Bereich sozialer Dienste. In: A. Evers, R. G. Heinze und T. Olk (Hrsg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft, 265-283.

Evers, A. und Olk, T. (1996): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Evers, A. und Ewert, B. (2010): Hybride Organisationen im Bereich sozialer Dienste. Ein Konzept, sein Hintergrund und seine Implikationen. In: T. Klatetzki (Hrsg.): Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 103-128.

Evers, A. und Klie, T. (2015): Die Vielfalt von Engagement. Eine Herausforderung für Kategorienbildungen und Konzepte (unveröffentlicher Entwurf).

Evers, A., Klie, T. und Roß, P.-S. (2015): Die Vielfalt des Engagements. Eine Herausforderung an Gesellschaft und Politik. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 65 (14-15), 3-9.

Everson-Rose, S. A., Skarupski, K. A., Barnes, L. L., Beck, T. u. a. (2011): Neighborhood socioeconomic conditions are associated with psychosocial functioning in older black and white adults. In: Health and place 17 (3), 793-800.

Ewers, M. (2005): End of Life and Public Health – Konsens und Kontroversen. In: M. Ewers und D. Schaeffer (Hrsg.): Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern: Huber, 41-67.

Eyßell, T. (2015): Vom lokalen Korporatismus zum europaweiten Wohlfahrtsmarkt. Der Wandel der Governance sozialer Dienste und zugrundeliegende Strategien. Wiesbaden: Springer VS.

Faik, J. und Köhler-Rama, T. (2013): Anstieg der Altersarmut? Anmerkungen zu einem Gutachten des wissenschaftlichen Beirats beim Bundeswirtschaftsministerium. In: Wirtschaftsdienst 93 (3), 159-163.

Falk, K. (2012): Selbstbestimmung bei Pflegebedarf im Alter – wie geht das? Kommunale Handlungsspielräume zur Versorgungsgestaltung. In: S. Kümpers und J. Heusinger (Hrsg.): Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Bern: Huber, 39-75.

Falk, K., Heusinger, J., Khan-Zvornicanin, M., Kammerer, K. u. a. (2011): Arm, alt, pflegebedürftig. Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier. Berlin: Edition Sigma.

Faller, B., Aring, J., Lobeck, M. und Wilmsmeier, N. (2014): Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge – Begleitforschung Fachinformation. Unveröffentlichter Endbericht. Bonn.

Fedrowitz, M. und Matzke, S. (2013): Das gemeinschaftliche Wohnen für Ältere. In: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.): Wohnen im Alter. Informationen zur Raumentwicklung (2), 177-187.

Fehren, O. und Hinte, W. (2013): Sozialraumorientierung – Fachkonzept oder Sparprogramm? Soziale Arbeit kontrovers. Band 4. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Fehrs, K. (2015): Nicht ohne meine Nachbarn. Kirchengemeinden als Teil einer sorgenden Gemeinschaft (Caring Community). EAfA-Rundbrief Nr. 67. (http://www.ekd.de/eafa/download/Das_Thema_Kirchengemeinden_als_Teil_einer_sorgenden_Gemeinschaft_2_2015.pdf [Zugriff am 29. September 2015]).

Feinberg, L., Reinhard, S., Houser, A. und Choula, R. (2011): Valuing the invaluable: 2011 update: The growing contributions and costs of family caregiving. Washington DC: AARP Public Policy Institute.

Fendrich, K., Berg, N. van den, Siewert, U. und Hoffmann, W. (2010): Demografischer Wandel – Anforderungen an das Versorgungssystem und Lösungsansätze am Beispiel Mecklenburg-Vorpommern. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53 (5), 479-485.

FES und KDA, Friedrich-Ebert-Stiftung und Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2013): Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. WISO-Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik 8/13. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. (http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10170.pdf [Zugriff am 22. September 2015]).

Findlay, R. (2003): Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? In: Ageing and Society 23 (5), 647-658.

Flach, H. (2012): Der Landarzt geht in Rente. Entwicklungstendenzen und Optionen zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen. Berlin: Technische Universität.

Fletcher, J. M. (2014): New evidence of the effects of education on health in the US: compulsory schooling laws revisited. In: Social Science and Medicine 127, 101-107.

Forsthoff, E. (1971): Der Staat der Industriegesellschaft. München: C. H. Beck.

FRA, Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2010): Migranten, Minderheiten und Beschäftigung. Ausgrenzung und Diskriminierung in den 27 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union. Aktualisierung 2003-2008. Wien: FRA, Agentur der Europäischen Union für Grundrechte. (http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1696-pub-migrants-minorities-employment_DE.pdf [Zugriff am 29. September 2015]).

Franke, T. und Strauss, W.-C. (2010): Integrierte Stadtentwicklung in deutschen Kommunen – eine Standortbestimmung. In: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung (4), 253-262.

Fraser, N. (2009). Feminismus, Kapitalismus und die List der Geschichte. In: Blätter für deutsche und internationale Politik 54 (8), 43-57.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J., Emlet, Ch. u. a. (2011): The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. Seattle: Institute of Multigenerational Health.

Freie Hansestadt Hamburg – Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1998): Älter werden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger – eine sozialempirische Studie. Hamburg.

Frey, C. (2011): Zur informellen Unterstützung pflegender Angehöriger im Pflegesetting bei Demenz: Welche Rolle spielen Familie, Freunde und ehrenamtliche Helfer? In: Pflegewissenschaft 13 (7/8), 398-403.

Frey, W., Klie, T. und Köhler, J. (2013): Die neue Architektur der Pflege. Bausteine innovativer Wohnmodelle. Freiburg im Breisgau: Herder.

Frick, J., Grabka, M., Groh-Samberg, O., Hertel, F. u. a. (2009): Alterssicherung von Personen mit Migrationshintergrund. Forschungsstudie. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.

Friedrich-Ebert-Stiftung (2013): Gute Pflege vor Ort. Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Positionspapier. WISO-Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik 8/13. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Friedrichs, J. (1998): Do poor neighbourhoods make their residents poorer? Context effects of poverty neighbourhoods on residents. In: H.-J. Andreß (Hrsg.): Empirical poverty research in a comparative perspective. Aldershot: Ashgate, 77-101.

Fries, J. F. (2012): The theory and practice of active aging. In: Current Gerontology and Geriatrics Research, 2012 (Article ID 420637). (http://dx.doi.org/10.1155/2012/420637).

Fries, J. F., Green, L. W. und Levine, S. (1989): Health promotion and the compression of morbidity. In: Lancet 1, 481-483.

Fritzsche, S. (2014): Vernetzte Gesundheit planen – Internet als Werkzeug, Entwicklungsimpuls und Forschungsgegenstand im ländlichen Raum. In: P. Küpper, M. Levin-Keitel, F. Maus u. a. (Hrsg.): Raumentwicklung 3.0 – Gemeinsam die Zukunft der räumlichen Planung gestalten. Arbeitsberichte der ARL 8. Hannover: Akademie für Raumforschung und Landesplanung.

Fröba, S. (2014): Die „Unerreichbaren“ erreichen: Methodische Zugänge zu älteren Zuwanderern. In: M. Alisch (Hrsg.): Älter werden im Quartier: Soziale Nachhaltigkeit durch Selbstorganisation und Teilhabe. Kassel: kassel university press, 97-108.

Frommelt, M., Klie, T., Löcherbach, P., Mennemann, H. u. a. (2008): Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. Freiburg: FEL Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre.

Frommert, D. und Himmelreicher, R. K. (2013): Entwicklung und Zusammensetzung von Alterseinkünften in Deutschland. In: C. Vogel und A. Motel-Klingebiel (Hrsg.): Altern im sozialen Wandel. Die Rückkehr der Altersarmut? Alter(n) und Gesellschaft. Band 23. Wiesbaden: Springer VS, 141-160.

Fuchs, T. (2005): Auf dem Weg zu einer neuen Konzeption der kommunalen Daseinsvorsorge. (http://delegibus.com/2005,11.pdf [Zugriff am 27. Juli 2015]).

Fuhr, G. (2012): Armutsgefährdung von Menschen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Fussek, C. und Schober G. (2013): Es ist genug! Auch alte Menschen haben Rechte. München: Knaur.

G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2013): Eckpunkte zu einem gemeinsamen Verständnis und Handlungsempfehlungen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Berlin: G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss. (https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3536/Eckpunkte-Handlungsempfehlungen-sQS.pdf [Zugriff am 29. April 2015]).

GdW, Bundesverband deutscher Wohnungs- und Immobilienunternehmen e. V. (Hrsg.) (2014): Technische Assistenzsysteme für ältere Menschen – eine Zukunftsstrategie für die Bau- und Wohnungswirtschaft. Wohnen für ein langes Leben/AAL. Endbericht. Berlin und Bochum.

Geis, M.-E. (2014): Kommunalrecht. 3. Auflage. München: C. H. Beck.

Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) (2012): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch-Verlag.

Generali-Zukunftsfonds (Hrsg.) (2014): Der Ältesten Rat. Generali-Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter. Köln. (http://www.uni-heidelberg.de/md/presse/news2014/generali_hochaltrigenstudie.pdf [Zugriff am 24. Juli 2015]).

Generali Zukunftsfonds und ISAB, Institut für sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung (Hrsg.) (2014): Generali Engagementatlas 2015. Rolle und Perspektiven Engagement unterstützender Einrichtungen in Deutschland. Köln u. a. (http://zukunftsfonds.generali-deutschland.de/cms/content/gdinternet/binary/aap3fUktiiHo0wQUfmztdlq0VuZXL3BMyO1lVsUdRiLf3RY76rZR-etpdPA-pEsC6tWWV6lHDLBProG6LpcDnyT9rT-mkq2qar3Rh9sKC8f8WHkMQmotMePktbuOoqRV/Engagementatlas%202015_download.pdf [Zugriff am 4. Oktober 2015]).

Gensicke, T. und Geiss, S. (2010a): Weniger Engagement bei Jugendlichen, mehr bei den Älteren: Ergebnisse der Freiwilligensurveys 1999, 2004 und 2009. In: Informationsdienst Soziale Indikatoren (44), 11-14.

Gensicke, T. und Geiss, S. (2010b): Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 – 2004 – 2009. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: TNS Infratest Sozialforschung. (http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/3._20Freiwilligensurvey-Hauptbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf [Zugriff am 20. Mai 2015]).

George, L. K. (2010): Still happy after all these years. Research frontiers on subjective well-being in later life. In: Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 65 (3), 331-339.

Gerlach, H. (2001): Wie erleben ältere homosexuelle Männer pflegerische Situationen? Unveröffentlichte Di-plomarbeit. Frankfurt am Main: Fachhochschule.

Gerlach, H. und Schupp, M. (2014): Lebenslagen, Partizipation und gesundheitlich-pflegerische Versorgung älterer Lesben und Schwuler in Deutschland. Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Hamburg und Köln.

Gerlach, H., Knese, M., Ness, S. und Swoboda, J. (2002): Gay and Grey – Ältere Lesben und Schwule. Thema 173. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Gerlinger, T. (2014): Gesundheitsreform in Deutschland. In: A. Manzei und R. Schmiede (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Gesundheit und Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS, 35-69.

Geyer, J. (2011): Riester-Rente: Rezept gegen Altersarmut? In: DIW Wochenbericht 78 (47), 16-21.

Geyer, J. (2014): Zukünftige Altersarmut. DIW-Roundup 25. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).

Geyer, J. (2015): Grundsicherungsbezug und Armutsrisikoquote als Indikatoren von Altersarmut. DIW Roundup 62. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).

Geyer, J. und Steiner V. (2010): Künftige Altersrenten in Deutschland: Relative Stabilität im Westen, starker Rückgang im Osten. In: Wochenbericht des DIW Berlin 77 (11), 1-11.

Geyer, J. und Schulz, E. (2014): Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. In: DIW Wochenbericht 81 (14), 294-301.

Giesel, F., Köhler, K. und Nowossadeck, E. (2013): Alt und immobil auf dem Land? Mobilitätseinschränkungen älterer Menschen vor dem Hintergrund einer zunehmend problematischen Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56 (10), 1418-1424.

Giessler, J. F. (2008): Planen und Bauen für das Wohnen im Alter. Taunusstein: Blottner.

Gille, C. (2003): Homosexuelle Männer im Alter. Über Aspekte von gutem Leben im Alter und die Unterstützungsmöglichkeiten, die durch die schwule Gemeinschaft und durch professionelle Altenhilfe geschaffen werden können. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Berlin: Evangelische Fachhochschule.

Gillich, S. (2003): Alt und ohne Wohnung. In: B. Seeberger und A. Braun (Hrsg.): Wie die anderen altern. Zur Lebenssituation alter Menschen am Rande der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Mabuse, 103-117.

Glaeske, G. und Hoffmann, F. (2004): Suchtgefährdung im Alter am Beispiel von Arzneimittelverschreibung und -gebrauch. Präventionspotentiale, personale und strukturelle präventive Ansätze. In: Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung (4), 111-115.

Glass, T. A. und Balfour, J. L. (2003): Neighborhoods, aging, and functional limitations. Neighborhoods and health. In: I. Kawachi und L. F. Berkman (Hrsg.): Neighborhoods and Health. New York: Oxford University Press, 303-334.

Glatzer W. und Zapf W. (1984): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt am Main u. a.: Campus.

Goebel, J. und Grabka, M. (2011): Zur Entwicklung der Altersarmut in Deutschland. In: DIW Wochenbericht 78 (25), 3-16.

Gogl, A. (1998): Alt, pflegebedürftig und homosexuell. Das Erleben eines betroffenen Patienten und seines Pflegeteams. In: Pflege 11 (4), 224-234.

Gogol, M. (2014): Rehabilitation. In: J. Pantel, J. Schröder, C. Bollheimer u. a. (Hrsg.): Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer, 694-700.

Gohde, J. (2013): In Würde alt werden. Herausforderungen für das Zusammenleben. In: Pro Alter 45, 10-15.

Goldberg, S. E., Bradshaw, L. E., Kearney, F. C., Russell, C. u. a. (2013): Care in specialist medical and mental health unit compared with standard care for older people with cognitive impairment admitted to general hospital: randomised controlled trial. In: BMJ (347). (http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f4132 [Zugriff am 30. September 2015]).

Grabka, M. und Rasner, A. (2010): Fortschreibung von Lebensläufen bei Alterssicherungsanalysen – Herausforderungen und Probleme. In: C. Vogel und A. Motel-Klingebiel (Hrsg.): Altern im sozialen Wandel: Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 387-406.

Grabka, M., Schreyögg, J. und Busse, R. (2006): Verhaltensänderung durch Einführung der Praxisgebühr und Ursachenforschung. In: Medizinische Klinik 101 (6), 476-483.

Graf, F. W. (2011): Kirchendämmerung. Wie die Kirchen unser Vertrauen verspielen. München: C. H. Beck Verlag.

Gräßel E., Siebert, J., Ulbrecht, G. und Stemmer, R. (2013): Was leisten „nicht-medikamentöse” Therapien bei Demenz? Ein Überblick über aktuelle Projekte. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (2), 9-16.

Grau, G. (2011): Strafrechtliche Verfolgung der Homosexualität in der DDR. In: Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen. Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung Berlin (Hrsg.): § 175 StGB Rehabilitierung der nach 1945 verurteilten homosexuellen Männer. Dokumentation des Fachsymposiums am 17. Mai 2011 zum Internationalen Tag gegen Homophobie im Festsaal des Abgeordnetenhauses von Berlin.

Greaves, M. und Rogers-Clark, C. (2009): The experience of socially isolated older people in accessing and navigating the health care system. In: Australian Journal of Advanced Nursing 27 (2), 5-11.

Greß, S. und Stegmüller, K. (2011): Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – ein Zukunftskonzept. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Wiesbaden: Friedrich-Ebert-Stiftung. (http://library.fes.de/pdf-files/bueros/hessen/07866.pdf [Zugriff am 29. April 2015]).

Greß, S. und Bieback, K.-J. (2013): Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für den Arbeiterwohlfahrt Bundesverband. (https://www.awo.org/fileadmin/user_upload/documents_Awo/aktuelles_und_presse/Presse_Downloads/AWO-Gutachten_Umsetzung_Buergerversicherung.pdf [Zugriff am 29. September 2015]).

Gröhe, H., Widmann-Mauz, A., Spahn, J., Zeulner, E. u. a. (2014): Eckpunktepapier zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/Verbesserung_hospiz-palliativversorgung_101114.pdf [Zugriff am 15. September 2015]).

Grohs, S., Schneiders, K. und Heinze, R. G. (2014): Mission Wohlfahrtsmarkt. Institutionelle Rahmenbedingungen, Strukturen und Verbreitung von Social Entrepreneurship in Deutschland. Baden-Baden: Nomos.

Gühne, U., Luppa, M., König, H. H. und Riedel-Heller, S. G. (2014): Kollaborative und aufsuchende Ansätze in der Behandlung depressiver alter Menschen. In: Der Nervenarzt 85 (11), 1363-1371.

Günther, J. (2005): Das soziale Netz der Nachbarschaft als System informeller Hilfe. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung 36 (4), 427-442.

Gutzmann, H. (2014): Gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen. In: J. Pantel, J. Schröder, C. Bollheimer u. a. (Hrsg.): Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer, 686-693.

Hacket, A. (2012). Arbeitszeit und Lebenszeit – die Zeitverwendung abhängig Beschäftigter im Kontext von Erwerbsarbeit. In: Forschungsverbund sozioökonomische Berichterstattung (Hrsg.): Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 659-692.

Hackmann, T. (2009): Arbeitsmarkt Pflege. Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Diskussionsbeiträge Nr. 40. Freiburg: Forschungszentrum Generationenverträge an der Albert-Ludwigs-Universität.

Hafezi, W. (2001): Lebens- und Bedürfnislagen älter werdender Einwohner in Bonn. Dissertation. Hagen: Fernuniversität Hagen.

Hagen, C. und Himmelreicher, R. K. (2014): Erwerbsminderungsrente in Deutschland – Ein unterschätztes Risiko(?). In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 83 (2), 115-138.

Hager, K., Summa, J. und Platt, D. (2002): Rehabilitation multimorbider Patienten in Klinik und Tagesklinik. In: Der Internist 43 (8), 930-940.

Hager, K., Brecht, M., Krause, O. und Grosse, V. (2014): Einfluss der Kognition auf die Behandlungsergebnisse in der Geriatrie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 47 (5), 379-384.

Hämel, K. (2012): Öffnung und Engagement. Altenpflegeheime zwischen staatlicher Regulierung, Wettbewerb und zivilgesellschaftlicher Einbettung. Wiesbaden: Springer VS.

Han, L., Allore, H., Murphy, T., Gill, T. u. a. (2013): Dynamics of functional aging based on latent-class trajectories of activities of daily living. In: Annals of Epidemiology 23 (2), 87-92.

Hank, K., Erlinghagen, M. und Lemke, A. (2006): Ehrenamtliches Engagement in Europa: Eine vergleichende Untersuchung am Beispiel von Senioren. In: Sozialer Fortschritt 55 (1), 6-11.

Hank, K. und Erlinghagen, M. (2009): Dynamics of volunteering in older Europeans. In: The Gerontologist 50 (2), 170-178.

Hauer, K., Koepp, P., Dutzi, I. und Schwenk, M. (2014): Effect of a home training on functional performance and physical activity in geriatric patients with cognitive impairment. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Tagungsband. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, 552. (http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_23_reha_kolloqu.pdf [Zugriff am 29. April 2015]).

Häußermann, H. (1998): Zuwanderung und die Zukunft der Stadt. Neue ethnisch-kulturelle Konflikte durch die Entstehung einer neuen sozialen ‚underclass'? In: W. Heitmeyer, R. Dollase, O. Backes (Hrsg.): Die Krise der Städte. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 145-175.

Häußermann, H. (2000): Aufwachsen im Ghetto – Folgen sozialräumlicher Differenzierung in den Städten. In: K. Bruhns, K. und W. Mack (Hrsg.): Aufwachsen und Lernen in der sozialen Stadt. Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebensräumen. Opladen: Leske und Budrich, 37-52.

Häußermann, H. (2003): Armut in der Großstadt. Die Stadtstruktur verstärkt soziale Ungleichheit. In: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung (3/4), 147-159.

Häußermann, H. (2008): Segregation in der Stadt – Befürchtungen und Tatsachen. In: vhw Forum Wohneigentum 9 (3), 123-125.

Häußermann, H. und Siebel, W. (1990): Bausteine zu einem Szenario zur Entwicklung von Berlin. Sozialräumliche Struktur und Steuerung des Wachstums. Berlin: Kulturbuch-Verlag.

Häußermann, H., Schwarze, K., Jaedicke, W., Bär, G. u. a. (2010): Möglichkeiten der verbesserten sozialen Inklusion in der Wohnumgebung. Schlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Berlin.

Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. und Keller, F. (1995): Allgemeine Depressionsskala (ADS). In: Psychiatrische Praxis 39 (6), 302-304.

Haux, R. (2014): Technische Systeme im Pflege- und Versorgungsmix für ältere Menschen. Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Wolfenbüttel.

Healey, P. (1998): Collaborative planning in a stakeholder society. In: Town and Planning Review 69 (1), 1-21.

Heidbrink, H., Lück, H. E. und Schmidtmann, H. (2009): Psychologie sozialer Beziehungen. Stuttgart: Kohlhammer.

Heidenreich, U. (2015): Taub. Blind. Alt. In: Süddeutsche Zeitung 21./22. März 2015, 4.

Heintze, C. (2012): Auf der Highroad – der skandinavische Weg in ein zeitgemäßes Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. WISO-Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik 7/12. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. (http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09243-20120730.pdf [Zugriff am 30. September 2015]).

Heinze, R. G. und Schneiders, K. (2014): Wohlfahrtskorporatismus unter Druck. Zur Ökonomisierung der Sozialpolitik und des sozialen Dienstleistungssektors. In: G. S. Schaal, M. Lemke und C. Ritzi (Hrsg.): Die Ökonomisierung der Politik in Deutschland. Eine vergleichende Politikfeldanalyse. Wiesbaden: Springer VS, 45-68.

Heising, P. und Baba, L. (2011): Neue Ansätze für kommunale Konzepte zur Wohnraumversorgung von Haushalten mit niedrigen Einkommen. In: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung (9), 521-533.

Heller, A und Schuchter, P.(2014): Die Hospizidee als kritische Differenz im Gesundheitsmarkt. In: G. Maio (Hrsg.): Ethik der Gabe. Freiburg: Herder, 271-314.

Helman, C. G. (2014): Culture, health and illness: An introduction for health professionals. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Henneke, H.-G. (2013): Struktur der kommunalen Ebene in den Ländern Deutschlands. Schriften des Deutschen Landkreistages. Band 110 der Veröffentlichungen des Vereins für Geschichte der Deutschen Landkreise e. V. Berlin. (http://www.landkreistag.de/images/stories/publikationen/bd-110.pdf [Zugriff am 24. September 2015]).

Hercksen, H. (2013): Dorfläden – Bezugspunkte für Nahversorgung und Lebensqualität in ländlichen Räumen. In: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (Hrsg.): Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen unter Druck. Wie reagieren auf den demografischen Wandel? Bonn. (www.netzwerk-laendlicher-raum.de/partner/sachgebiet-daseinsvorsorge/ [Zugriff am 24. Juli 2015]).

Herd, P. (2010): Education and health in late-life among high school graduates cognitive versus psychological aspects of human capital. In: Journal of health and social behavior, 51 (4), 478-496.

Herek, G. M., Chopp, R. und Strohl, D. (2007): Sexual stigma: putting sexual minority health issues in context, In: I. Meyer und M. Northridge (Hrsg.): The health of sexual minorities, public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations. New York: Springer, 171-208.

Herlyn, U., Lakemann, U. und Lettko, B. (1991): Armut und Milieu. Benachteiligte Bewohner in großstädtischen Quartieren. Basel u. a.: Birkhäuser.

Herschbach, P. (2002): Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung – Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 52 (3/4), 141-150.

Herweck, R. (2006): Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – die Zielsetzung der Bundesrepublik. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) (Hrsg.): Potenziale des Alters. Bonn: BAGSO, 10-17.

Herweck, R. (2015): Stärkung der Rolle der Kommunen in der Altenpolitik. Unveröffentlichtes Manuskript.

Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit (2009): Homosexualität und Alter – Informationen für Beschäftigte in der Altenpflege. Wiesbaden.

Heusinger, J. (2012): „Wenn ick wat nich will, will ick nich!“ Milieuspezifische Ressourcen und Restriktionen für einen selbstbestimmten Alltag trotz Pflegebedarf. In: S. Kümpers und J. Heusinger (Hrsg.): Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Bern: Huber, 77-105.

Heusinger, J. und Klünder, M. (2005): „Ich lass' mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“ Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Frankfurt am Main: Mabuse.

Heusinger, J., Falk, K., Kammerer, K., Khan-Zvornicanin, M. u. a. (2013): Chancen und Barrieren für Autonomie trotz Pflegebedarf in sozial benachteiligten Quartieren und Nachbarschaften. In: A. Kuhlmey und C. Tesch-Römer (Hrsg.): Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter. Göttingen: Hogrefe, 111-136.

Hieber, A., Mollenkopf, H., Kloé, U. und Wahl, H.-W. (2006): Kontinuität und Veränderung in der alltäglichen Mobilität älterer Menschen. Schriftenreihe Mobilität und Alter. Band 2. Köln: TÜV-Media.

Hieronymi, R. (2009): Die Zukunft der Dienstleistungen von allgemeinem Interesse aus europäischer Sicht. In: A. Krautscheid (Hrsg.): Die Daseinsvorsorge im Spannungsfeld von europäischem Wettbewerb und Gemeinwohl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 434-452.

Hillcoat-Nallétamby, S. und Ogg, J. (2014): Moving beyond ‘ageing in place’: older people’s dislikes about their home and neighbourhood environments as a motive for wishing to move. In: Ageing and Society 34, 1771-1796.

Hillebrecht, M. (2012): Aszendentenunterhalt. Eine Kritik der normativen Grundlagen. BWV – Berliner Wissenschafts-Verlag GmbH. Berlin.

Hillmann, F. und Windzio, M. (2008): Migration und städtischer Raum: Chancen und Risiken der Segregation und Integration. In: F. Hillmann und M. Windzio (Hrsg.): Migration und städtischer Raum: Chancen und Risiken der Segregation und Integration. Opladen und Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich, 9-30.

Himmelreicher, R. (2013): Zur Entwicklung und Verteilung der Altersrenten in den alten und den neuen Bundesländern. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Bundeszentrale für politische Bildung, 292-297.

Hoberg, R., Klie, T. und Künzel, G. (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Eckpunktepapier. Kurzfassung. Freiburg: AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg. (http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Eckpunkte_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Kurzfassung.pdf [Zugriff am 15. September 2015]).

Hoberg, R. und Klie, T. (2015): Strukturreform Pflege und Teilhabe – Erster Teil. Zwischen Cure and Care, Kommunen und Sozialversicherung. In: Sozialer Fortschritt 64 (1-2), 27-33.

Hochschild, A. (2002): Love and gold. In: B. Ehrenreich und A. Hochschild (Hrsg.): Global woman. Nannies, maids, and sex workers in the new economy. New York: Holt Paperbacks, 15-30.

Hoffmann, R. (1997): Zum Umgang und Selbstverständnis des Themas (Homo-) Sexualität in den Lehrplänen, Schulbüchern und Fachzeitschriften der Pflegewissenschaften. In: Niedersächsisches Sozialministerium (Hrsg.): Lebenssituation älterer schwuler Männer – Bestandsaufnahme und Perspektiven, Dokumentation. Hannover.

Hoffschildt, R. (2002): 140.000 Verurteilungen nach „§175“. In: Fachverband Homosexualität und Geschichte e. V. (Hrsg.): Denunziert, verfolgt, ermordet. Invertito. Jahrbuch für die Geschichte der Homosexualitäten 4. Hamburg: Männerschwarm Verlag, 140-149.

Hofmann, C., Bauer, K. und Geißler, F. (2007): Privathaushalte vs. Betreutes Wohnen: Evaluation zweier Wohnformen für ältere Menschen. Forschungsbericht. Dresden: Technische Universität.

Hokema, A. und Wille, S. (2007): Lesbischer Lebenslauf als Chance für die Gestaltung der Lebensphase Alter? Zusammenfassung der Diplomarbeit: „Soll ich mich noch verstecken mit meine 60 Jahre?“ Soziale Netzwerke von älteren lesbischen Frauen in Berlin betrachtet vor dem Hintergrund des Lebenslagen-Konzepts. (http://www.lesben.org/pdf/2007_Lebenslage_aelterer_Lesben.pdf [Zugriff am 25. August 2015]).

Höll, B. (2013): Retrospektive Gedanken über schwierige Emanzipationen und Parlamentarisches. In: B. Höll, K. Lederer und B. Niendel (Hrsg.): queer.macht.politik. Schauplätze gesellschaftlicher Veränderung. Hamburg: Männerschwarm Verlag, 9-29.

Hollbach-Grömig, B. und Seidel-Schulze, A. (2007): Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Holm, A. (2014): Wiederkehr der Wohnungsfrage. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 49 (20-21), 25-30.

Holst, J. (2008): Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung.

Holtkamp, L. und Kuhlmann, S. (2012): Die armen Städte: Ein Problemaufriss. In: dms – der moderne staat – Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management 5 (1), 43-46.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. und Layton, J. B. (2010): Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. In: PLoS Med 7 (7), 1-20.

Holzkamp, K. (1995). Lernen: Subjektwissenschaftliche Grundlegung. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Höpflinger, F. (2012): Zuhause lebende Menschen im Alter – soziale Netzwerke, Gesundheit und ambulante Unterstützung. In: P. Perrig-Chiello und F. Höpflinger (Hrsg.): Pflegende Angehörige älterer Menschen. Bern: Huber, 63-107.

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. und Kohler, A. (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern: Huber.

Howse, K. (2005): Policies for healthy ageing. In: Oxford Institute of Population Ageing (Hrsg.): Ageing Horizons (2), 3-15.

Hradil, S. (1999): Soziale Ungleichheit in Deutschland. 7. Auflage. Opladen: Leske und Budrich.

Hradil, S. (2009): Was prägt das Krankheitsririsko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: M. Richter and K. Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 35-54.

Husebø, S. und Klaschik, E. (2009): Palliativmedizin. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Huxhold, O., Mahne, K. und Naumann, D. (2010): Soziale Integration. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm und C. Tesch-Römer (Hrsg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer, 215-233.

Huxhold, O., Fiori, K. L. und Windsor, T. D. (2012): The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: the costs and benefits of socio-emotional selectivity. In: Psychology and Aging 28 (1), 3-16.

IFB, Institut für Bauforschung (2014): Meinungsumfrage unter Wohneigentümern – Wohnwünsche und barrierearmer Wohnkomfort. Abschlussbericht. Hannover.

IfS, Institut für Stadtforschung und Strukturpolitik GmbH (2014): Untersuchung zur Anpassung von Standards im Bereich der Daseinsvorsorge vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung. Endbericht. Berlin.

Igl, G. (2012): Rechtliche Stellung von Fachkräften in der Pflege – Anforderungen und Veränderungsbedarfe. In: U. Bettig, M. Frommelt und R. Schmidt (Hrsg.): Fachkräftemangel in der Pflege: Konzepte, Strategien, Lösungen. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH, 45-64.

Infas und DLR, Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH und Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. (2010): Mobilität in Deutschland 2008. Struktur – Aufkommen – Emissionen – Trends. Bonn und Berlin. (http://mobilitaet-in-deutschland.de/pdf/MiD2008_Abschlussbericht_I.pdf [Zugriff am 4. Juni 2015]).

Institut der deutschen Wirtschaft Köln (2014): Einkommensarmut in Deutschland aus regionaler Sicht. Materialien zur Pressekonferenz am 25. August 2014. (http://www.iwkoeln.de/wissenschaft/veranstaltungen/beitrag/pressekonferenz-einkommensarmut-in-deutschland-aus-regionaler-sicht-179584 [Zugriff am 3. Juni 2015]).

IQD, Institut für Qualitätskennzeichnung von sozialen Dienstleistungen (2011): Lebensqualität im Pflegeheim – Pflegen wir an der Biographie vorbei? Filderstadt.

ISB – Gesellschaft für Integration, Sozialforschung und Betriebspädagogik (2008): Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen. Berlin.

Isfort, M. und Maalsburg, A. von der (2004): Heraus aus der Grauzone. Abschlussbericht des Projektes qualitätsgesicherter Einsatz polnischer Haushaltshilfen in deutschen Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.

ISG und WZB (2009), Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (Hrsg.): Integration in Deutschland. Erster Integrationsindikatorenbericht: Erprobung des Indikatorensets und Bericht zum bundesweiten Integrationsmonitoring im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin.

ISS, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (Hrsg.) (2014): Sorgende Gemeinschaften. Vom Leitbild zu Handlungsansätzen. Dokumentation. Frankfurt. (http://www.iss-ffm.de/lebenswelten/zusammenhalt/m_379 [Zugriff am 2. Oktober 2015]).

Jacobi, F. (2009): Nehmen psychische Störungen zu? In: Report Psychologie 34 (1), 16-28.

Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S. und Schwinger, A. (Hrsg.) (2015): Pflege-Report 2015. Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer.

Jamour, M., Marburger, C., Runge, M., Tümena, T. u. a. (2014): Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation bei Hochbetagten. Eine Auswertung süddeutscher Versorgungsdaten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 47 (5), 389-396.

Jann, A. (2014): Man kann nur denken, was man kennt, und man kann nur wählen, was es gibt. Eine explorative Studie des Wohn-Handelns bei alleinlebenden Menschen unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Faktoren. In: F. Höpflinger und J. Wezemael (Hrsg.): Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Zürich u. a.: Seismo, 159-167.

Jellinghaus, L. (2006): Zwischen Daseinsvorsorge und Infrastruktur. Zum Funktionswandel von Verwaltungswissenschaften und Verwaltungsrecht in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Studien zur europäischen Rechtsgeschichte 202. Recht in der Industriellen Revolution. Band 3. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann Verlag.

Jox, R. (2011): Sterben lassen. Über Entscheidungen am Lebensende. Hamburg: edition Körber-Stiftung.

Juhnke, C. und Mühlbacher, A. (2013): Patient-centeredness in integrated healthcare delivery systems – needs, expectations and priorities for organized healthcare systems. In: International Journal of Integrated Care 13 (4), 1-14.

Julien, D., Richard, L., Gauvin, L. und Kestens, Y. (2012): Neighborhood characteristics and depressive mood among older adults: an integrative review. In: International Psychogeriatrics 24 (8), 1207-1225.

Jürgens, F. J., Clissett, P., Gladman, J. R. F. und Harwood, R. H. (2012): Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care? A qualitative study. In: BMC Geriatrics 12, 57.

Kabisch, S. und Peter, A. (2014): Quartiere auf Zeit. In: O. Schnur (Hrsg.): Quartiersforschung. Zwischen Theorie und Praxis. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, 339-357.

Kalokerinos, E. K., Hippel, C. von und Zacher, H. (2014): Is stereotype threat a useful construct for organizational psychology research and practice? In: Industrial and Organizational Psychology 7 (3), 381-402.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012): MVZ-Survey 2011. Medizinische Versorgungszentren in ländlichen Regionen. Berlin.

Katz, S., Branch, L. G. und Branson, M. H. (1983): Active life-expectancy. In: New English Journal of Medicine 309 (2), 1218-1224.

Kawachi, I. und Berkman, L. F. (2003a). Introduction. In: I. Kawachi und L. F. Berkman (Hrsg.): Neighborhoods and health. New York: Oxford University Press, 1-19.

Kawachi, I. und Berkman, L. F. (2003b): Neighborhoods and health. New York: Oxford University Press.

Keck, W. (2011): Pflege und Beruf: Ungleiche Chancen der Vereinbarkeit. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung.

Keim, K. (2006): Peripherisierung ländlicher Räume. Essay. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (37), 3-7.

Kersten, J. (2006): Daseinsvorsorge und demographischer Wandel: Wie ändert sich das Raum- und Staatsverständnis? In: Raumforschung und Raumordnung 64 (4), 245-257.

Kersten, J. (2008): Mindestgewährleistungen im Infrastrukturrecht. In: BBSR, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung 1/2, 1-15.

Kersten, J., Neu, C. und Vogel, B. (2015): Regionale Daseinsvorsorge. Begriffe, Indikatoren, Gemeinschaftsaufgabe. WISO-Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. (http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11182.pdf [Zugriff am 01. Oktober 2015]).

Kessler, E.-M., Kruse, A. und Staudinger, U. (2010): Produktivität durch eine lebensspannenorientierte Konzeption von Altern im Unternehmen. In: A. Kruse (Hrsg.): Potenziale im Altern. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, 271-284.

Kessler, E.-M., Bowen, C. E., Baer, M., Froelich, L. u. a. (2012): Dementia worry: A psychological examination of an unexplored phenomenon. In: European Journal of Ageing 9 (4), 275-284.

Keupp, H. (2000): Selbstsorge und solidarisches Handeln. Die Zukunftsfähigkeit kommunitärer Projekte. In: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e. V. (Hrsg.): Die Rückkehr des Lebens in die Öffentlichkeit. Zur Aktualität der Mütterzentren. München: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e. V., 243-252.

Kiesel, M. und Gruber, S. (2012): Sozioökonomische Determinanten der stationären Versorgung in Deutschland. In: W. Kirch (Hrsg.): Prävention und Versorgung. Stuttgart u. a.: Thieme, 696-711.

Kirchesch, M. (2013): Mobilität als Basis der Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen. In: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) (Hrsg.): Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen unter Druck. Bonn.

Kirsch, K. (2015): Schlüsselereignisse und schleichende Prozesse mit Auswirkungen auf die Mobilität Älterer. In: J. Scheiner und C. Holz-Rau (Hrsg.): Räumliche Mobilität und Lebenslauf. Wiesbaden: Springer VS, 151-175.

Kitwood, T. (1997): Dementia reconsidered. The person comes first. Philadelphia, Pennsylvania: Open University Press.

Klammer, U. (2005): Soziale Sicherung. In: S. Bothfeld, U. Klammer, C. Klenner u. a.: WSI-FrauenDatenReport. Berlin: Sigma, 307-382.

Klaus, D. und Simonson, J. (2011): Entwicklung sozialer Beziehungen nach Verwitwung: Unterschiede zwischen Bildungsschichten. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm und C. Tesch-Römer (Hrsg.): Kontexte des Alterns. Längsschnittliche Befunde des DEAS 2011. Unveröffentlichtes Manuskript.

Klaus, D. und Tesch-Römer, C. (2014): Pflegende Angehörige und Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey 2008. DZA-Fact Sheet. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. (https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/FactSheet_Frauen_Maenner_in_der_zweiten_Lebenshaelfte_2015_07_27.pdf [Zugriff am 30. September 2015]).

Klein, J., Hofreuter-Gätgens, K. und Knesebeck, O. von dem (2014): Socioeconomic status and the utilization of health services in Germany: A systematic review. In: C. Janssen (Hrsg.): Health care utilization in Germany. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 117-143.

Kleres, J. (2000): Gleiche Rechte im Sozialismus. Die Schwulen- und Lesbenbewegung der DDR. Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen 13 (4), 52-63.

Klie, T. (2006): Sozialhilferechtliche Ansprüche auf Pflegeleistungen nach den §§ 61ff SGB XII in der häuslichen Pflege. In: Betreuungsmanagement 2 (1), 15-19.

Klie, T. (2010): Pflege und Soziale Sicherung. In: G. Bäcker und R. Heinze (Hrsg.): Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 315-324.

Klie, T. (2012): Kompetenzprofile professioneller Pflege alter Menschen. In: U. Bettig, M. Frommelt und R. Schmidt (Hrsg.): Fachkräftemangel in der Pflege: Konzepte, Strategien, Lösungen. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH, 127-150.

Klie, T. (2013): Engagementpolitische und sozialrechtliche Förderung des Engagements in der Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.): Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix. ZQP Themenreport. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege, 14-19. (http://www.zqp.de/upload/content.000/id00367/attachment00.pdf [Zugriff am 23. September 2015]).

Klie, T. (2014a): Demenz und Recht. Würde und Teilhabe im Alltag zulassen. Hannover: Vincentz Verlag.

Klie, T. (2014b): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in seine sorgende Gesellschaft. München: Patloch.

Klie, T. (2015a): Rechtsfragen der Pflegedokumentation. In: PflegeRecht 19 (6), 368-381.

Klie, T. (2015b): Sieben Thesen zur Monetarisierung des ehrenamtlichen Engagements.In: eNewsletter Wegweiser Bürgergesellschaft (4). (http://www.buergergesellschaft.de/fileadmin/pdf/gastbeitrag_klie_150311.pdf [Zugriff am 23. September 2015]).

Klie, T. (2015c): On the way to a Caring Community? The German Debate. In: K. Wegleitner, K. Heimerl und A. Kellehear (Hrsg.): Compassionate Communities – Case Studies from Britain and Europe. London: Routledge, 198-209.

Klie, T. und Student, J. C. (2007): Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe. Freiburg: Herder.

Klie, T. und Schuhmacher, B. (2009): Wohngruppen in geteilter Verantwortung für Menschen mit Demenz. Das Freiburger Modell. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Klie, T. und Stoffer, F. J. (2011): Nein zu Pflegenoten. Unterstützen Sie das Moratorium. (http://www.moratorium-pflegenoten.de/images/MPN-Documents/moratorium.pdf [Zugriff am 4. Oktober 2015]).

Klie, T., Pfundstein, T., Schuhmacher, B., Monzer, M. u. a. (2011): Das Pflegebudget – Kurzzusammenfassung. In: GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Das Pflegebudget. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 4. Berlin: CW Haarfeld, 13-43. (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_4_18964.pdf [Zugriff am 16. Juni 2015]).

Klie, T., Frommelt, M., Schneekloth, U., Behrend, S. u. a. (2012): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs.7 Satz 1 SGB XI. Berlin: GKV-Spitzenverband. (http://agp-freiburg.de/projekte/id/5 [Zugriff am 23. September 2015]).

Klie, T. und Wegner, M. (2012): Zukünftige Bedarfe ambulanter Hospizvereine in Bayern. Ergebnisse der Hospizstudie des Bayerischen Staatsministeriums für Soziales. Freiburg und München: Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung und Hochschule München.

Klie, T., Bredthauer, D., Becker, K., Behrend, S. u. a. (2013): Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Freiburg u. a.: Evangelische Hochschule u. a.

Klie, T. und Marzluff, S. (2013): Argumentationshilfe zur Förderung von Mitgestaltung und Mitentscheidung älterer Menschen in Kommunen. Erkenntnisse und Empfehlungen auf Basis der Nacherhebung zur Nachhaltigkeit des Programms „Aktiv im Alter“. Freiburg: Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (zze). (http://www.zze-freiburg.de/assets/pdf/2013zzeArbeitshilfeLeitfadenfuerKommunen.pdf [Zugriff am 03. September 2015]).

Klie, T. und Schuhmacher, B. (2014): Sicherung von Pflegearrangements im Wohlfahrtsmix – am Beispiel der Stadt Cottbus. In: Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.): Brandenburger Fachkräftestudie Pflege. Kurzfassung. Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg, 35-52.

Klie, T. und Theda, I. (2014): Pflegenoten weiterhin auf dem verfassungsrechtlichen und fachlichen Prüfstand. 1. Teil. In: PflegeRecht 18 (1), 3-11.

Klie, T. und Wendt, W. R. (2014): Caring Community und das Management von Versorgung. In: Case Management 11 (3), 111-115.

Klie, T., Krahmer, U. und Plantholz, M. (Hrsg.) (2014a): Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB XI). 4. Auflage. Baden-Baden: Nomos.

Klie, T., Monzer, M. und Roccor, B. (2014b): Case Management und Pflege. Case Management in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.

Klie, T., Hoberg, R. und Künzel, G. (2015a): Die Pflege vor Ort moderieren. In: neue caritas 116 (7), 13-18.

Klie, T., Künzel, G. und Hoberg, R. (2015b): Case Managementstärkungsgesetz? Konzeptionelle und gesetzgeberische Optionen für die Verankerung der Pflegeberatung auf kommunaler Ebene im PSG II. Wichtige Bausteine für eine Strukturreform. In: Case Management 12 (1), 32-40.

Knapp, G.-A. (2009): „Trans-Begriffe“, „Paradoxie“ und „Intersektionalität“ – Notizen zu Veränderungen im Vokabular der Gesellschaftsanalyse. In: B. Aulenbacher und B. Riegraf (Hrsg.): Erkenntnis und Methoden. Geschlechterforschung in Zeiten des Umbruchs. Wiesbaden: Springer VS, 309-324.

Knäpple, A. (Hrsg.) (1996): Regionale Qualitätssicherung in der Pflege. Abschlussbericht zum Modellversuch in Heilbronn. 2. überarbeitete Auflage. Sozialministerium Baden-Württemberg. Stuttgart.

Knesebeck O. und Mielck, A. von dem (2008): Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung im höheren Lebensalter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42 (1), 39-46.

Knesebeck, O. von dem, Bauer, U., Geyer, S. und Mielck, A. (2009): Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung – Ein Plädoyer für systematische Forschung. In: Das Gesundheitswesen 71 (2), 59-62.

Knieps, F. und Pfaff, H. (Hrsg.) (2014): BKK Gesundheitsreport 2014. Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. (http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2014/BKK_Gesundheitsreport.pdf [Zugriff am 29. April 2014]).

Knipper, M. und Bilgin, Y. (2010): Migration und andere Hintergründe. In: Deutsches Ärzteblatt 107 (3), 76 - 79.

Kohli, M. und Künemund, H. (Hrsg.) (2000): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske und Budrich.

Kohli, M., Künemund, H., Motel, A. und Szydlik, M. (2000): Soziale Ungleichheit. In: M. Kohli und H. Künemund (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte – Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske und Budrich, 318-336.

Köhncke, Y. (2012): Demografischer Wandel und seine Auswirkungen. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): Alter und Behinderung – Behinderung und Alter. Herausforderungen für die Gesellschaft. Berlin, 31-39.

Kono, A., Kanaya, Y., Fujita, T., Tsumura, C. u. a. (2012): Effects of a preventive home visit program in ambulatory frail older people: a randomized controlled trial. In: Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 67 (3), 302-309.

Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung. 5. Auflage. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Körner, A. (2011): Pflegekräfte aus Osteuropa – Licht ins Dunkel der Schwarzarbeit? In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (10), 370-374.

Kort-Weiher, G. (2011) Wohnraumversorgung als kommunale Aufgabe heute. In: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung (12), 653-659.

Köster, D. (2011): Neue Lernformate zur Förderung von Partizipation im Alter. Vortrag am 15. November 2011 in Wien. Witten: Forschungsinstitut Geragogik. (http://bmsk2.cms.apa.at/cms/freiwilligenweb/attachments/0/2/0/CH2401/CMS1318948349078/5._praesentation_dietmarkoester.pdf [Zugriff am 15.September 2015]).

Köster, D., Schramek, R. und Dorn, S. (2008): Qualitätsziele moderner SeniorInnenarbeit und Altersbildung: Das Handbuch. Oberhausen: Athena.

Kowall, B. und Mielck, A. (2010): Soziale Ungleichheit und Diabetes. In: Der Diabetologe 6 (3), 196-202.

Kowalski, C., Loss, J., Kölsch, F. und Janssen, C. (2014): Utilization of prevention services by gender, age, socioeconomic status, and migration status in Germany: An overview and a systematic review. In: C. Janssen, E. Swart und T. Lengerke (Hrsg.): Health care utilization in Germany. New York: Springer US, 293-320.

Krajewski, M. (2011): Grundstrukturen des Rechts öffentlicher Dienstleistungen. Berlin und Heidelberg: Springer.

Krank, S., Roß, P.-S. und Siebert, A. (2008): Gemeinsam Teilhabe leben! „Einbeziehung freiwillig und ehrenamtlich Tätiger in die Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“. Eine Handreichung. Reute: Meisterdruck.

Krause, S. (2014): Entwicklungsperspektiven von alternden Einfamilienhausquartieren. In: O. Schnur (Hrsg.): Quartiersforschung. Zwischen Theorie und Praxis. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, 377-390.

Kreikenbom, H. und Lindner, D. (2010): „Länger zu Hause leben…”. Wirkungs- und Potenzialanalyse zum Hausnotruf in Deutschland. Weimar. (http://www.aproxima.de/files/2010/Studie-HNR-Praesentation.pdf [Zugriff am 10. Juli 2015]).

Krell, C. (2014): Alter und Altern bei Homosexuellen. Weinheim u. a.: Beltz Juventa Verlag.

Kremer-Preiß, U. (2010): Kommunale Strategien zur Förderung altersgerechter Wohnformen und zum Ausbau der Infrastruktur. In: C. Bischof und B. Weigl (Hrsg.): Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 119-134.

Kremer-Preiß, U., Mehnert, T. und Stolarz, H. (2013): Bedarfslagen Älterer und Bedingungen für ein selbstständiges Leben im Alter in Mecklenburg-Vorpommern. Teilexpertise B: Bewertung der aktuellen Strukturen und Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der zukünftigen Herausforderungen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Kricheldorff, C. (2013): Vom Pflegemix zur Caring Community. Neue Antworten auf den Pflegebedarf der Zukunft. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 59 (2), 71-84.

Kricheldorff, C. und Hofmann, W. (2013): Demenz im Akutkrankenhaus. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (3), 196-7.

Kricheldorff, C. und Tesch-Römer, C. (2013): Altern und soziale Ungleichheit. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (4), 304-305.

Krisch, M. (2014): Wohnen im Wandel. Wohnungsversorgungskonzepte als Handlungsinstrument der Kommunen. Frankfurt am Main: Verlag für Verwaltungswissenschaft.

Kroll, L. E. und Lampert, T. (2007): Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland. In: Das Gesundheitswesen 69 (3), 120-127.

Kroll, L., Lampert, T., Lange, C. und Ziese, T. (2008): Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung.

Kronauer, M. (2008): Ausgrenzung und physisch-sozialer Raum. In: R. Anhorn (Hrsg.): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181-198.

Krummacher, M. (2011): Kommunale Wohnungspolitik. In: H.-J. Dahme und N. Wohlfahrt (Hrsg.): Handbuch Kommunale Sozialpolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 201-214.

Krumme, H. und Hoff, A. (2004): Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In: C. Tesch-Römer (Hrsg.): Abschlussbericht Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse der zweiten Welle des Alterssurveys. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 455-500.

Kruse, A. (2002): Gesund Altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden: Nomos.

Kruse, A. (2007): Das letzte Lebensjahr. Stuttgart: Kohlhammer.

Kruse, A. (2010): Ältere Menschen mit geistiger Behinderung – Anforderungen und Perspektiven der Heilpädagogik in der Gerontologie. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und Nachbargebiete 79 (4), 285-299.

Kruse, A. (2011): Selbst und Selbstaktualisierung bei Demenz. In: A. von Poser und J. Wassmann (Hrsg.): Zugänge zur Person. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 143-168.

Kruse, A. (2012): Sterben und Tod – Gerontologie und Geriatrie. In: M. Anderheiden und W. U. Eckart (Hrsg.): Handbuch Sterben und Menschenwürde. Band 3. Berlin: de Gruyter, 2051-2071.

Kruse, A. (2013): Alternde Gesellschaft – eine Bedrohung? Ein Gegenentwurf. Freiburg: Lambertus.

Kruse, A. (2014): Entwicklungspotentiale und Verletzlichkeit im hohen und sehr hohen Alter – eine theoretisch-konzeptionelle und empirische Annäherung. In: Psychotherapie im Alter 11 (2), 177-198.

Kruse, A. und Ding-Greiner, C. (2008): Gesundheitliche Prävention bei Frauen in der zweiten Lebenshälfte. Abschlussbericht. Band 1. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/Praevention_Frauen_1.pdf [Zugriff am 29. April 2015]).

Kruse, A., Ding-Greiner, C, Baiker, D., Becker, G. u. a. (2012): Contergan. Wiederholt durchzuführende Befragungen zu Problemen, speziellen Bedarfen und Versorgungsdefiziten von contergangeschädigten Menschen. Heidelberg: Institut für Gerontologie.

Kruse, A. und Schmitt, E. (2012): Generativity as a route to active ageing. In: Current Gerontology and Geriatrics Research, 2012 (Article ID 647650). (http://dx.doi.org/10.1155/2012/647650 [Zugriff am 30. September 2015]).

Kruse, A. und Schmitt, E. (2014): Teilhabe. In: J. Pantel, J. Schröder, C. Bollheimer u. a. (Hrsg.): Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer, 150-158.

Kruse, A., Schmitt, E. und Ehret, S. (2014): Die Generali Hochaltrigkeitsstudie. Köln. (http://zukunftsfonds.generali-deutschland.de/online/portal/gdinternet/zukunftsfonds/content/314342/1010874 [Zugriff am 22. September 2015]).

Kruse, A. und Schmitt, E. (2015a): Shared responsibility and civic engagement in very old age. In: Research in Human Development 12, 133-148.

Kruse, A. und Schmitt, E. (2015b): Selbst- und Weltgestaltung in der Erfahrung von Vergänglichkeit und Endlichkeit im hohen Alter. In: Spiritual Care 4, 51-64.

Kuhlmey A., Dräger D., Winter M. und Beikirch E. (2010): COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. In: Informationsdienst Altersfragen 37 (4), 4-11.

Kuhlmey, A., Suhr, R., Blüher, S. und Dräger, D. (2013): Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr. In: J. Böcken, B. Braun und U. Repschläger (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2013. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 11-38.

Kümpers, S. (2008): Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Primärprävention. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung (WZB).

Kümpers, S. (2012a): Partizipation hilfebedürftiger und benachteiligter Älterer – die Perspektive der 'Grundbefähigungen' nach Martha Nussbaum. In: R. Rosenbrock und S. Hartung (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber, 197-211.

Kümpers, S. (2012b): Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit im Alter. In: Public Health Forum 20 (1), 4-5.

Kümpers, S. und Rosenbrock, R. (2010): Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen. In: G. Naegele (Hrsg.): Soziale Lebenslaufpolitik. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 281-308.

Künemund, H. (2013): Ehrenamt und soziale Netze: Auslaufmodell oder tragende Säule der Gesellschaft? In: H. Hinte und K. F. Zimmermann (Hrsg.): Zeitenwende auf dem Arbeitsmarkt. Wie der demografische Wandel die Erwerbsgesellschaft verändert. Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung (bpb), 406-427.

Künemund, H. (2014): Wovon hängt die Nutzung technischer Assistenzsysteme ab? Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Vechta.

Künemund, H. und Hollstein, B. (2005): Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In: M. Kohli und H. Künemund (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 212-276.

Künemund, H. und Schroeter, K. R. (Hrsg.) (2008): Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter: Fakten, Prognosen und Visionen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Künemund, H. und Schupp, J. (2008): Konjunkturen des Ehrenamts – Diskurse und Empirie. In: M. Erlinghagen und K. Hank (Hrsg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 145-163.

Künzel, G., Klie, T. und Hoberg, R. (2014): Pflege in Sozialräumen – Stärkung der Kommunalen Verantwortung. Was muss eine Strukturreform von Pflege und Teilhabe leisten? In: Der Landkreis – Zeitschrift für kommunale Selbstverwaltung 84 (12), 713-716.

Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen NRW e. V. und Wohnen in Genossenschaften e. V. (Hrsg.) (2012): Starke Gemeinschaft – starke Versorgung. Betreutes Wohnen in Genossenschaften – Praxishilfen und Best-Practice-Beispiele in Nordrhein-Westfalen. Bochum.

Kurz, A. und Wilz, G. (2011): Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz. Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. In: Der Nervenarzt 82 (3), 336-342.

Kurz-Scherf, I. (2007). Soziabilität – auf der Suche nach neuen Leitbildern der Arbeits-und Geschlechterpolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kwetkat, A., Lehmann, T. und Wittrich, A. (2014): Early geriatric rehabilitation. An opportunity for the oldest old. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 47 (5), 372-378.

Lampert, T. (2009). Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In K. Böhm, C. Tesch-Römer und T. Ziese (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut, 121-133.

Lampert, T., Kroll, L. und Dunkelberg, A. (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 57 (42), 11-18.

Lampert, T. und Kroll, L. (2010): Armut und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut.

Lampert, T. und Kroll, L. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Berlin: Robert Koch-Institut.

Lamura, G., Mnich, E., Wojszel, B., Nolan, M. u. a. (2006): Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (6), 429–442.

Landeshauptstadt München (2004): Unter'm Regenbogen – Lesben und Schwule in München. Ergebnisse einer Befragung durch die Landeshauptstadt München. München: Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen.

Lang, F. R. (2000): Soziale Beziehungen im Alter: Ergebnisse der empirischen Forschung. In: H.-W. Wahl und C. Tesch-Römer (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer, 142-147.

Langer, P. (2014): 50plus HIV. Psychosoziale Aspekte des Älterwerdens mit HIV und AIDS in Deutschland. Kurzbericht zu den Ergebnissen der Experteninterviews. Frankfurt am Main: Goethe-Universität.

Larchanché, S. (2014): Migration and health. In: W. Cockerham, R. Dingwall and S. Quah (Hrsg.): The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society. Online Library. Chichester u. a.: Wiley-Blackwell. (http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118410868.wbehibs243/abstract [Zugriff am 29. April 2015]).

Larkin, G. L., Claassen, C. A., Emond, J. A., Pelletier, A. J. u. a. (2005): Trends in US emergency department visits for mental health conditions 1992-2001. In: Psychiatric Services 56 (6), 671-677.

Latcheva, R. und Herzog-Punzenberger, B. (2011): Integration revisited. Zur Dynamik und Kontextabhängigkeit individueller Integrationsverläufe am Beispiel von MigrantInnen der ersten Generation in Wien. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 36 (1), 3-27.

Lattmann, J. (2009): Die Zukunft der Daseinsvorsorge in Deutschland aus kommunaler Perspektive. In: A. Krautscheid (Hrsg.): Die Daseinsvorsorge im Spannungsfeld von europäischem Wettbewerb und Gemeinwohl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 419-451.

Leggett, A. und Zarit, S.H. (2014): Prevention of mental disorders in older adults: Recent innovations and future directions. In: Generations 38 (3), 45-52.

Leininger, M. M. (1984): Care – The Essence of Nursing and Health. Detroit: Wayne State University Press.

Leiprecht, R. und Lutz, H. (2005): Intersektionalität im Klassenzimmer: Ethnizität, Klasse, Geschlecht. In: R. Leiprecht und A. Kerber (Hrsg.): Schule in der Einwanderungsgesellschaft. Schwalbach am Taunus: Wochenschau Verlag, 218-234.

Lenthe, F. van (2008): Aggregierte Deprivation und ihre Folgen für die Gesundheit. In: J. Siegrist und M. Marmot (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Huber, 213-243.

Lenz, I., Sabisch, K. und Wrzesinski, M. (2012): Anders und Gleich in NRW – Gleichstellung und Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt – Forschungsstand. Tagungsdokumentation, Praxisprojekte Nr. 15. Essen: Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW.

Leopold, L. und Engelhardt, H. (2011): Bildung und Gesundheitsungleichheit im Alter: Divergenz, Konvergenz oder Kontinuität? In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 63 (2), 207-236.

Lessenich, S. (2011): Die kulturellen Widersprüche der Aktivgesellschaft. In: C. Koppetsch (Hrsg.): Nachrichten aus den Innenwelten des Kapitalismus. Wiesbaden: Springer VS, 253-263.

Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. und Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. In: Social Science and Medicine 71 (12), 2141-2149.

Levy, B.R. (2003): Mind matters: Cognitive and physical effects of aging stereotypes. In: Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58 (4), P203-P211.

Lewis, J. und Giullari, S. (2005): The adult worker model family, gender equality and care: the search for new policy principles and the possibilities and problems of a capabilities approach. In: Economy and Society 34 (1), 76-104.

Lie, D. A., Lee-Rey, E., Gomez, A., Bereknyei, S. u. a. (2011): Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. In: Journal of General Internal Medicine 26 (3), 317-325.

Limbourg, M. (2015): Mobilität im höheren Lebensalter in ländlichen Gebieten: Probleme und Lösungsansätze. In: U. Fachinger und H. Künemund (Hrsg.): Gerontologie und ländlicher Raum. Wiesbaden: Springer VS, 77-98.

Limbourg, M. und Matern, S. (2009): Erleben, Verhalten und Sicherheit älterer Menschen im Straßenverkehr: Eine qualitative und quantitative Untersuchung (MOBIAL). Schriftenreihe Mobilität und Alter. Band 4. Köln: TÜV Media GmbH.

Lindner, B. (2012): Soziale Ungleichheit in der häuslichen Pflege und Betreuung von älteren Menschen. Wien: Universität Wien

Linke, F. (2011): Genesis des Begriffs Daseinsvorsorge und Überlegungen zu einer dynamischen Definition als Reflektion sich verändernder demografischer und fiskalischer Rahmenbedingungen. Eberswalde: Masterarbeit an der Hochschule für nachhaltige Entwicklung.

Lorenz, M. (2013): Ganzheitlich rehabilitierende Prozesspflege nach den AEDL. In: C. Fiedler, M. Köhrmann und R. Kollmar (Hrsg.): Pflegewissen Stroke Unit. Berlin: Springer, 131-139.

Lostao, L., Regidor, E., Geyer, S. und Aïach, P. (2007): Patient cost sharing and physician visits by socioeconomic position: findings in three Western European countries. In: Journal of Epidemiology and Community Health 61 (5), 416-420.

Lübke, N., Ernst, F. und Meinck, M. (2014): Perspektiven geriatrischer Versorgung. Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie. Berlin u. a.: Springer.

Lübking, U. (2013): Städte und Gemeinden gestalten den demografischen Wandel. Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB) Dokumentation Nr. 116. Berlin. (http://www.devap.info/fileadmin/user_upload/dateien/nachlese/2013/eroeffnung/004%20-%20luebking-doku_demogrwandel.pdf [Zugriff am 23. September 2015]).

Lüngen, M. (2012): Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten. Osnabrück. (https://www.bibliomed.de/c/document_library/get_file?uuid=7e4cf65e-77a2-4401-8a71-ee336a34f15c&groupId=232125 [Zugriff am 23. September 2015).

Lüngen, M., Siegel, M., Drabik, A., Büscher, G. u. a. (2009): Ausmaß und Gründe für Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Köln: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie.

Maas, J., Verheij, R., Groenewegen, P., de Vries, S. u. a. (2006): Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? In: Journal of Epidemiology and Community Health 60 (7), 587-592.

Mackenbach, J., Bakker, M., Kunst, A. und Diderichsen, F. (2002): Socioeconomic inequalities in health in Europe. An overview. In: J. Mackenbach und M. Bakker (Hrsg.): Reducing inequalities in health: a European perspective. London u. a.: Routledge, 3-24.

Mäding, H. (2009): Alterung – ihre lokalen Folgen als Probleme für Kommunalpolitik und -verwaltung. In: H. Bucher und E.-J. Flöthmann (Hrsg.): Demographische Alterung auf kommunaler Ebene. Umsetzung und Konsequenzen. Norderstedt: Books on Demand, 15-32.

Mahne, K. und Motel-Klingebiel, A. (2010): Familiale Generationenbeziehungen. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm und C. Tesch-Römer (Hrsg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer, 188-214.

Mahne, K., Naumann, D. und Block, J. (2010): Das Wohnumfeld Älterer. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm und C. Tesch-Römer (Hrsg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer, 142-162.

Mair, H. (2012): Den Ruhestand gestalten lernen. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): Alter und Behinderung – Behinderung und Alter. Herausforderungen für die Gesellschaft. Berlin: Deutsche Rotes Kreuz, 84-96.

Mair, H. und Hollander, J. (2006): Den Ruhestand gestalten – Bericht über das Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand von älteren Menschen mit Behinderungen". In: Heilpädagogik online (1), 58-79. (http://www.sonderpaedagoge.de/hpo/2006/heilpaedagogik_online_0106.pdf [Zugriff am 25. August 2015]).

Manton, K. G., Stallard, E. und Corder, L. S. (1997): Changes in the age dependence of mortality and disability: cohort and other determinants. In: Demography 34, 135-157.

Manzeschke, A., Weber, K., Rother, E. und Fangerau, H. (2013): Ergebnisse der Studie „Ethische Fragen im Bereich Altersgerechter Assistenzsysteme". München: Institut Technik an der Ludwig-Maximilians-Universität.

Maretzke, S. (2014): Kombinierte Faktoren- und Clusteranalyse zur Typisierung der Kreise in Deutschland nach wirtschaftlichen und infrastrukturellen Merkmalen. Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Wachtberg (unveröffentlicht).

Margalit, A. (2012): Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung. Berlin: Suhrkamp.

Martinez, I., Frick, K., Glass, T., Carlson, M. u. a. (2006): Engaging older adults in high impact volunteering that enhances health: Recruitment and retention in the Experience Corps Baltimore. In: Journal of Urban Health 83 (5), 941-953.

Martinson, M. und Halpern, J. (2011): Ethical implications of the promotion of elder volunteerism: A critical perspective. In: Journal of Aging Studies 25 (4), 427-435.

May, M. (2014): Netzwerkbildungen älterer Zugewanderter. In: M. Alisch (Hrsg.): Älter werden im Quartier: Soziale Nachhaltigkeit durch Selbstorganisation und Teilhabe. Kassel: University Press, 137-152.

May, M. und Alisch, M. (2012): Formen der Segregation. In: M. May und M. Alisch (Hrsg.): Formen sozialräumlicher Segregation. Beiträge zur Sozialraumforschung. Band 7. Opladen u. a.: Verlag Barbara Budrich, 7-22.

May, M. und Alisch, M. (2013a): AMIQUS – Unter Freunden. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Stadt. Beiträge zur Sozialraumforschung. Band 8. Opladen u. a.: Verlag Barbara Budrich.

May, M. und Alisch, M. (2013b): Organisations- und Partizipationsformen älterer Zugewanderter. In: sozialraum.de (1) (http://www.sozialraum.de/organisations-und-partizipationsformen-aelterer-zugewanderter.php [Zugriff am 27. Mai 2015]).

Mayer, K., Baltes, P., Baltes, M., Borchelt, K. u. a. (1996): Wissen über das Alter(n): Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In: K. Mayer und P. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Berlin: Akademie Verlag, 599-634.

Mecheril, P. (2007): Politische Verantwortung und Kritik. In: B. Figatowski, K. H. Gabriel und M. Meyer (Hrsg.): The making of migration. Repräsentationen, Erfahrungen, Analysen. Münster: Westfälisches Dampfboot, 24-32.

Mecheril, P. und Pößler, M. (2011): Diversity und soziale Arbeit. In: H.-U. Otto und H. Thiersch (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. München: Reinhardt, 278-287.

Meghir, C., Palme, M. und Simeonova, E. (2012): Education, health and mortality: Evidence from a social expe-riment. Working Paper 17932. Cambridge Massachusetts: National Bureau of Economic Research.

Meidl, J., Wenzlaff, P., Sens, B. und Goesmann, C. (2012): Anforderungen an die Gesundheitsversorgung sozialer Randgruppen: Eine Evaluation der medizinischen Versorgung für Wohnungslose in Hannover über zehn Jahre. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (106), 631-637.

Melchinger, H. (2011): Psychotherapie im Alter – Anspruch und Wirklichkeit. In: Neurotransmitter 22, 16-22.

Merda, H., Braeske, G., Dreher, B., Bauer, T. K. u. a. (2012): Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Kurzfassung. Berlin: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi).

Merz, E.-M. und Huxhold, O. (2010): Wellbeing depends on social relationship characteristics: comparing different types and providers of support to older adults. In: Ageing and Society 30, 843-857.

Metelmann, C., Metelmann, B., Morris, D., Cordeiro u. a. (2014): Potenziale der Telemedizin bei Patienten in der Häuslichkeit. In: Verband der Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik (VDE) (Hrsg.): VDE-Kongress 2014 Smart Cities. Intelligente Lösungen für das Leben in der Zukunft. Tagungsband. CD-Rom.

Metlitzky, N. und Engelhardt, L. (2012): 18040 – Norm zur Barrierefreiheit im Fokus des Bauordnungsrechts. Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag.

Metzingen-Blau, S. und Schnepp, W. (2008): Young carers in Germany. To live on as normal possible. A grounded theory study. In: BMC Nursing 7 (15). (http://www.biomedcentral.com/1472-6955/7/15 [Zugriff am 30. September 2015]).

Meyer, S. (2014): Technische Unterstützung im Alter – was ist möglich, was ist sinnvoll? Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission. Berlin.

MGEPA, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2013): Masterplan altengerechte Quartiere. NRW Strategie- und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter. Düsseldorf.

Michell-Auli, P. und Kremer-Preiß, U. (2013): Quartiersentwicklung – KDA-Ansatz und kommunale Praxis. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Mierlo, L. D. van, Meiland, F. J., Hout, H. P. van und Dröes, R. M. (2014): Towards personalized integrated dementia care: a qualitative study into the implementation of different models of case management. In: BMC Geriatrics 14, 84.

Mirowsky, J. und Ross, C. E. (1998): Education, personal control, lifestyle and health. In: Research on Aging 20, 415-449.

Mishra, J. und Gazzaley, A. (2014): Harnessing the neuroplastic potential of the human brain and the future of cognitive rehabilitation. In: Frontiers in Human Neuroscience 8, 16-22.

Misra, J. und Merz, S. N. (2007): Neoliberalism, Globalization, and the International Division of Care. In: A. Cabezas, E. Reese und M. Waller (Hrsg.): Wages of Empire: Women's poverty, globalization and state transformations. Boulder: Paradigm Press, 113-126.

Modreker, M. und Renteln-Kruse, W. von (2009): Arzneimittel und Stürze im Alter. In: Der Internist 50 (4), 493-500.

Mohn, B., Gohde, J., Klie, T. und Künzel, A. (2014): Den pflegepolitischen Reformstau auflösen! Paradigmenwechsel Teilhabe und gute Pflege trotz knapper Ressourcen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Mohr, K. (2009): Von „welfare“ zu „workfare“. Der radikale Wandel in der deutschen Arbeitsmarktpolitik. In: S. Bothfeld, W. Sesselmeier und C. Bodegan (Hrsg.): Arbeitsmarktpolitik in der sozialen Marktwirtschaft. Vom Arbeitsförderungsgesetz zum Sozialgesetzbuch II und III. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 49-60.

Mollenkopf, H. (2002): Die Mobilität Älterer in städtischen und ländlichen Regionen Ost- und Westdeutschlands. In: B. Schlag und K. Megel (Hrsg.): Mobilität und gesellschaftliche Partizipation im Alter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Band 230. Stuttgart: Kohlhammer, 130-146.

Mollenkopf, H. und Flaschenträger, P. (2001): Erhaltung von Mobilität im Alter: Endbericht des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten und unter Leitung von Prof. Dr. Wolfgang Zapf am wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) durchgeführten Projekts „Erhaltung von Mobilität zur sozialen teilhabe im Alter“. Baden-Baden: Nomos.

Möller, A., Osterfeld, A. und Büscher, A. (2013): Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (4), 312-316.

Möller-Leimkühler, A. (2012): DFP: Depression bei Männern: Eine Einführung. In: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 11 (3), 11-20.

Monopolkommission (2014): Eine Wettbewerbsordnung für die Finanzmärkte. Zwanzigstes Hauptgutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 (1) GWB – 2012/2013 (www.monopolkommission.de/index.php/de/homepage/82-gutachten/hauptgutachten/271-hauptgutachten-xx [Zugriff am 30. September 2015]).

Motel-Klingebiel, A., Künemund, H. und Bode, C. (2005): Wohnen und Wohnumfeld. In: M. Kohli und H. Künemund (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Motel-Klingebiel, A., Wurm, S. und Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2010): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer.

Müller, G. und Berger K. (2013): Der Zusammenhang von Deprivation im Wohnumfeld und der Typ-2-Diabetes-Prävalenz: Ergebnisse der Dortmunder Gesundheitsstudie (Do-GS). In: Das Gesundheitswesen 75 (12), 797-802.

Mundt, J. (2014): Geriatrische Versorgungsstrukturen. In: J. Pantel, J. Schröder, C. Bollheimer u. a. (Hrsg.): Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer, 680-685.

Münster, E., Rüger, H., Ochsmann, E., Alsmann, C. u. a. (2010): Überschuldung und Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem – Benachteiligung bei Ausgabenarmut. In: Gesundheitswesen 72 (2), 67-76.

Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K. und Sheikh, A. (2005): Illness trajectories and palliative care. In: British Medical Journal 330 (7498), 1007-1011.

Müters, S., Hoebel, J. und Lange, C. (2013): Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. Reihe GBE kompakt 4 (2). Berlin: Robert Koch-Institut.

Naegele, G. und Rohleder, C. (2001): Bürgerschaftliches Engagement und Freiwilligenarbeit im Alter. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 52 (11), 415-421.

Naidoo, J. und Wills, J. (2010): Ansätze und Modelle der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 103-126.

Naumann, D. und Romeu-Gordo, L. (2010): Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm und C. Tesch-Römer (Hrsg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer, 118-141.

Nell-Breuning, O. von (1977): Soziallehre der Kirche. Erläuterung der lehramtlichen Dokumente. Soziale Brennpunkte. Band 5. Wien: Europaverlag.

Netzwerk „Verkehrssichere Städte und Gemeinden im Rheinland“ (2011): Handlungsleitfaden „Kommunales Mobilitätsmanagement für Senioren“. Köln. (https://www.vrsinfo.de/fileadmin/Dateien/downloadcenter/Senioren_kommunalesMobilitaetsmanagement_Handlungsleitfaden.pdf [Zugriff am 10. Juni 2015]).

Neu, C. (2006): Territoriale Ungleichheit – eine Erkundung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 56 (37), 8-16.

Neu, C. (2014): Daseinsvorsorge. Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Mönchengladbach (unveröffentlicht).

Nicholson, A., Bobak, M., Murphy, M., Rose, R. u. a. (2005): Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach. In: Social Science and Medicine 61, 2345-2354.

Nieszery, A. (2008): Class, race, gender… neighbourhood? Zur Bedeutung von Quartierseffekten in der europäischen Stadtforschung. In: O. Schnur (Hrsg.): Quartiersforschung. Zwischen Theorie und Praxis. Wiesbaden: VS Research, 107-126.

Noest, S., Ludt, S., Klingenberg, A., Glassen, K. u. a. (2014): Involving patients in detecting quality gaps in a fragmented healthcare system: development of a questionnaire for patients' experiences across health care sectors. In: International Journal for Quality in Health Care 26 (3), 240-249.

Nolan, M. R., Brown, J., Davies, S., Nolan, J. u. a. (2006): The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach. Getting Research into Practice (GRiP) Report No. 2. (http://shura.shu.ac.uk/280/ [Zugriff am 23. September 2015]).

Nowossadeck, S. und Engstler, H. (2013): Familie und Partnerschaft im Alter. Report Altersdaten 3/2013. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. (http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_3_2013_PW.pdf [Zugriff am 30. September 2015]

Nuissl, H., Vollmer, J., Westenberg, D. und Willing, J.-N. (2015): Die Konzentration von Altersarmut in der StadtLandschaft – Probleme und Handlungsbedarfe. In: Raumforschung und Raumordnung 73 (2), 107-121.

Nussbaum, M. C. (1999): Gerechtigkeit oder das gute Leben. Frankfurt: Suhrkamp.

Nussbaum, M. C. (2001): Women and human development: the capabilities approach. Cambridge: Cambridge University Press.

Nussbaum, M. C. (2003): Frauen und Arbeit – Der Fähigkeitenansatz. In: Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik 4 (1), 8-31.

Nussbaum, M. C. und Sen, A. (1993): The Quality of Life. Oxford: University Press.

OECD, Organization for Economic Co-operation and Development (2011): An overview of gro-wing income inequalities in OECD countries: Main findings. Divided we stand: Why inequality keeps rising. Paris: OECD Publishing, 21-45.

OECD, Organization for Economic Co-operation and Development (2013): Health at a Glance 2013. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. (http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf [Zugriff am 04. Mai 2015]).

OECD, Organization for Economic Co-operation and Development (2015): OECD Health Statistics. (http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT [Zugriff am 27. August 2015]).

Oettgen, N. (2013): Wohngeld in den Städten und Regionen. Reihe BBSR-Analysen KOMPAKT 10/2013. Bonn. (http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/AnalysenKompakt/2013/DL_10_2013.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [Zugriff am 30. September 2015]).

Okken, P.-K. (2007): Inanspruchnahme von Hilfen zu Pflege durch türkische Migrantinnen und Migranten. Eine empirische Analyse der Begutachtungen zur Pflegeversicherung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen in Westfalen-Lippe. Diplomarbeit. Hochschule Vechta.

Okken, P.-K., Spallek, J. und Razum, O. (2008): Pflege türkischer Migranten. In: U. Bauer und A. Büscher (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 396-422.

Olbermann, E. (2003): Soziale Netzwerke, Alter und Migration. Theoretische und empirische Explorationen zur sozialen Unterstützung älterer Migranten. Dissertation. Dortmund: Universität Dortmund.

Oorschot, B. van, Hausmann, C., Köhler, N., Leppert, K. u. a. (2004): Patienten als Partner in der letzten Lebensphase. Erste Ergebnisse und Perspektiven eines Modellvorhabens. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47 (10), 992-999.

Oster, P., Schneider, N. und Pfisterer, M. (2010): Palliative Perspektive in der Geriatrie. In: A. Kruse (Hrsg.): Leben im Alter – Eigen- und Mitverantwortlichkeit in Gesellschaft, Kultur und Politik. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, 295-299.

Oswald, F. (2012): Umzug im Alter. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer und J. P. Ziegelmann (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 569-575.

Oswald, F., Kaspar, R., Konopik, N. und Frenzel-Erkert, U. (2013): Zur Bedeutung des Wohnens in der Nachbarschaft für gesundes Altern. In: ProAlter 45 (5), 54-59.

Otto, H.-U. und Thiersch, H. (Hrsg.) (2011): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4. Auflage. München: Reinhardt.

Oyen, H. van, Nusselder, W., Jagger, C., Kolip, P. u. a. (2013): Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the „health-survival" paradox. In: International Journal of Public Health 58 (1), 143-155.

Özcan, V. und Seifert, W. (2006): Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Expertise für den Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (http://www.familien-wegweiser.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/oezcan-lebenslage-aelterer-migrantinnen-migranten,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf [Zugriff am 3. Juni 2015]).

Ozegowski, S. und Amelung, V. E. (2015): Patientenorientierung – leicht gefordert, schwer umgesetzt. In: V. E. Amelung, S. Eble, H. Hildbrandt u. a. (Hrsg.): Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 3-8.

Pahl-Weber, E. (2013): Wohnen bleiben. Ein Plädoyer für Wohnen und Quartiersleben im Alter. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (5), 6-11.

Pankoke, E. (2002): Freies Engagement, zivile Kompetenz, soziales Kapital. Forderung und Förderung aktivierender Netzwerke und Lernprozesse. In: Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ des Deutschen Bundestages (Hrsg.): Bürgerschaftliches Engagement und Zivilgesellschaft. Opladen: Leske und Budrich, 73-87.

Pantel, J., Schröder, J., Bollheimer, C., Sieber, C. u. a. (Hrsg.) (2014): Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Pelizäus-Hoffmeister, H. (2014): Gesellschaftliche Teilhabe Älterer durch Alltagsmobilität. In: Forum Qualitative Sozialforschung 15 (1). (http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/printerFriendly/2021/3610 [Zugriff am 4. Juni 2015]).

Pestel-Institut (2012): Bedarf an Sozialwohnungen in Deutschland. Untersuchung im Auftrag der Wohnungsbauinitiative. Hannover. (http://www.pestel-institut.de/images/18/Studie%20Sozialer-Wohnungsbau%2008-2012.pdf [Zugriff am 26. August 2015]).

Pestel-Institut (2013): Wohnen der Altersgruppe 65plus. Hannover. (http://www.impulse-fuer-den-wohnungsbau.de/w/files/meldungen/studie-65plus.pdf [Zugriff am 6. Juli 2015]).

Petrich, D. (2011): Einsamkeit im Alter. Notwendigkeit und (ungenutzte) Möglichkeiten Sozialer Arbeit mit allein lebenden alten Menschen in unserer Gesellschaft. In: Fachhochschule Jena (Hrsg.): Jenaer Schriften zur Sozialwissenschaft 6.

Pfaff, H. (2012): Lebenslagen behinderter Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. In: Wirtschaft und Statistik (3), 232-243.

Pfau-Effinger, B. und Geissler, B. (Hrsg.) (2005): Care and social integration in European Societies. Bristol: Policy Press.

Pinkert, C. (2011). Nebendiagnose Demenz in der Akutversorgung. In: Heilberufe Science 2 (2), 31. (http://dx.doi.org/10.1007/s16024-011-0022-y [Zugriff am 30.09.2015]).

Pinkert, C. und Holle, B. (2012). Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (43) 8, 728-734.

Pinquart, M. und Sorensen, S. (2000): Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. In: Psychology and Aging 15 (2), 187-224.

Plathner, K. (2013): Wirksamkeit organisierter Netzwerke älterer lesbischer Frauen in Bezug auf ihre soziale Unterstützung. München: Grin-Verlag.

Plazek, M. und Schnitger, M. (2015): Kommunale Gestaltungsmöglichkeiten bedürfnisorientierter Altenpflegestrukturen. Vorläufiger Abschlussbericht. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Plötz, K. (1999): „Echte“ Frauenleben? „Lesbierinnen“ im Spiegel öffentlicher Äußerungen in den Anfängen der Bundesrepublik. In: Fachverband Homosexualität und Geschichte (Hrsg.): Invertito. Jahrbuch der Geschichte der Homosexualitäten 1, 47-69.

Plötz, K. (2006): Lesbische Alternativen – Alltagsleben, Erwartungen, Wünsche. Königstein, Taunus: U. Helmer Verlag.

Pohlmann, S. (2001): Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Deutsche Impulse. Band 201. Stuttgart: Kohlhammer, 46-56.

Porock, D., Clissett, P., Harwood, R. H. und Gladman, J. R. F. (2013): Disruption, control and coping: responses of and to the person with dementia in hospital. In: Ageing and Society 35 (1), 37-63.

Pourie, R. und Schmöller, M. (2010): Patientencoaching: Outcomes eines Pilotprojekts. In: Monitor Versorgungsforschung 2, 38-43.

Precht, R. D. (2012): „Freiwilligkeit ist keine Alternative“. Interview. (http://www.stern.de/panorama/gesellschaft/richard-david-precht--freiwilligkeit-ist-keine-alternative--3450874.html [Zugriff am 23. September 2015]).

Prescott, M. und Nichter, M. (2014): Transnational nurse migration: Future directions for medical anthropological research. In: Social Science and Medicine 107, 113-123.

Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.) (2012): Dialog über Deutschlands Zukunft. Ergebnisbericht des Expertendialogs der Bundeskanzlerin 2011/2012. (https://www.dialog-ueber-deutschland.de/SharedDocs/Downloads/DE/Ergebnisbericht/2012-09-10-Langfassung-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 04. Mai 2015]).

Prognos (2014): Evaluation des KfW-Programms Altersgerecht Umbauen. Basel (https://www.kfw.de/PDF/Download-Center/Konzernthemen/Research/PDF-Dokumente-alle-Evaluationen/Prognos_Evaluation-KfW-Programm-Altersgerecht-Umbauen.pdf [Zugriff am 30. September 2015]).

Purnell, L. D. (2012): Transcultural health care: A culturally competent approach. 4. Auflage. Philadelphia: FA Davis.

Purnell, L. D. (2014): Guide to culturally competent health care. 3. Auflage. Philadelphia: FA Davis.

Radvan, H. (2000): Lesben im Alter – Lebenswege und Visionen. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Alice-Salomon Fachhochschule Berlin.

Radvan, H. (2001): „…einfach viele zu treffen, die in einer ähnlichen Situation sind.“ – Lesben im Alter – Lebenswege und Visionen. In: Quer-denken, lesen, schreiben. Gender-/Geschlechterfragen update (3), 7-10.

Rafnsson, S. B., Shankar, A. und Steptoe, A. (2015): Longitudinal influences of social network characteristics on subjective well-being of older adults: findings from the ELSA-Study. In: Journal of Aging and Health 27 (5), 919-934.

Rat und Tat Zentrum für Schwule und Lesben e. V. (2009): Lebendige Vielfalt – Schwule und Lesben in Bremen, Ergebnisse der Fragebogenaktion ‚Lebendige Vielfalt‘ zur aktuellen Lebenssituation von Lesben, Schwulen und Bisexuellen im Land Bremen 2008. (http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Ergebnisse%20Umfrage%20Schwule%20und%20Lesben%202009%20_Endfassung.pdf [Zugriff am 25. August 2015]).

Rautio, N., Heikkinen, E. und Heikkinen, RL. (2001): The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. In: Archives of Gerontology and Geriatrics 33, 163-178.

Rautio, N., Heikkinen, E. und Ebrahim, S. (2005): Socio-economic position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: five- and tenyear follow-up studies. In: Social Science and Medicine 60 (11), 2405-2416.

Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L. u. a. (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut (RKI).

Razum, O., Brzoska, P. und Breckenkamp, J. (2011): Die Professionalisierung der Epidemiologie in Deutschland im Kontext von Public Health. In: T. Schott und C. Hornberg (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 145-158.

Rechel, B., Grundy, E., Robine, J. und Cylus, J. (2013): The Ageing in the European Union. In: The Lancet, 381 (9874), 1312-1322.

Reibling, N. und Wendt, C. (2010): Bildungsniveau und Zugang zu Gesundheitsleistungen. Eine vergleichende Analyse von Zugangsregulierung und Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in Europa. In: Das Gesundheitswesen 72 (8/9), 447-454.

Reimann, K. und Lasch, V. (2006): Differenzierte Lebenslagen im Alter. Der Einfluss sexueller Orientierung am Beispiel homosexueller Männer. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, 13-21.

Remmers, H. (2014): Ethische Implikationen der Nutzung altersgerechter technischer Assistenzsysteme. Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Osnabrück.

Remmers, H. und Kruse, A. (2014): Gestaltung des Lebensendes – End of life care. Lebensläufe im Wandel. Entwicklung über die Lebensspanne aus Sicht verschiedener Disziplinen. Stuttgart: Kohlhammer, 215-231.

Renteln-Kruse, W. von, Neumann, L., Klugmann, B., Liebetrau u. a. (2015): Kognitiv beeinträchtigte geriatrische Patienten – Patientenmerkmale und Behandlungsergebnisse auf einer spezialisierten Station. In: Deutsches Ärzteblatt 112 (7), 103-112.

Repschläger, I. und Pötter, N. (2012): Wohnen im Alter. Ein Quartierskonzept zum lebenslangen Wohnen am Beispiel Berlin-Lankwitz. Berlin: Institut für Innovation und Beratung an der Evangelischen Hochschule Berlin (INIB).

Rerrich, M. S. (2010): Care und Gerechtigkeit. Perspektiven der Gestaltung eines unsichtbaren Arbeitsbereichs. In: U. Apitzsch und M. Schmidbaur (Hrsg.): Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen u. a.: Verlag Barbara Budrich, 43-58.

Richter, M. und Mielck, A. (2000): „Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit." In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 8 (3), 198-215.

Rixen, S. (2015): Referat von Prof. Dr. Stephan Rixen und Leitsätze des Referenten. In: Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer. Band 74. Berlin und Boston: Walter de Gruyter, 293-350.

RKI, Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut .

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart. (http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf [Zugriff am 29. September 2015]).

Robine, J. und Jagger, C. (2005): The relationship between increasing life expectancy and healthy life expectancy. In: Ageing Horizons (3), 14-21.

Robine, J. und Michel, J. (2004): Looking forward to a general theory on population aging. In: Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 59A (6), 590-597.

Röbke, T. (2012): Bürgerschaftliches Engagement und sozialstaatliche Daseinsvorsorge. Bemerkungen zu einer verwickelten Beziehung. In: betrifft: Bürgergesellschaft (38). Bonn: Friedich-Ebert-Stiftung. (http://library.fes.de/pdf-files/do/08956.pdf [Zugriff am 15. September 2015]).

Rohr-Zänker, R. (2014): Wohnungsmärkte im Wandel. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Rohr-Zänker, R. und Müller, W. (1998): Die Rolle von Nachbarschaften für die zukünftige Entwicklung von Stadtquartieren. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung. Online-Dokument. (http://www.stadtregion.net/fileadmin/downloads/Rolle_von_Nachbarschaften.pdf [Zugriff am 4. August 2015]).

Rose, N. (2000): Tod des Sozialen? Eine Neubestimmung der Grenzen des Regierens. In: U. Bröckling, S. Krasman und T. Lemke (Hrsg.): Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Berlin: Suhrkamp, 72-109.

Rosenfeld, D. (1999): Identity work among lesbian and gay elderly. In: Journal of Aging Studies 13, 121-144.

Rosenkranz, D. und Görtler, E. (2013): Wegweiser zur Gründung und Gestaltung von „Seniorengenossenschaften". Neue Formen verbindlicher Unterstützung im Alter. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration.

Rosenski, N. (2012): Die wirtschaftliche Bedeutung des Dritten Sektors. In: Wirtschaft und Statistik (3), 209-217.

Rösler-Schidlack, B., Stummer, H. und Ostermann, H. (2011): Health-related quality of life of family caregivers – Evidence from Hesse. In: Journal of Public Health 19 (3), 269-280.

Roß, P. S. (2012): Demokratie weiter denken. Reflexion zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements in der Bürgerkommune. Baden-Baden: Nomos.

Roters-Möller, S. (2011): Den Ruhestand gestalten lernen – Menschen mit Behinderung in einer alternden Gesellschaft. In: K. Böllert (Hrsg.): Soziale Arbeit als Wohlfahrtsproduktion. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 47-69.

Rothgang, H. (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. In: Das Gesundheitswesen 72 (3), 154-160.

Rothgang, H. (2015): Finanzierung der Pflegeversicherung. Aktuelle Fragen in Gesundheitsrecht und Gesundheitspolitik. Veranstaltungsreihe der AG Gesundheit und Pflege des Forschungsverbundes für Sozialrecht und Sozialpolitik der Hochschule Fulda und der Universität Kassel. Fulda: Transfer Verlag.

Rothgang, H., Müller, R. und Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Rothgang, H., Müller, R. und Unger, R. (2013): Barmer GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 23. Schwäbisch Gmünd: Barmer GEK. (http://www.zes.uni-bremen.de/uploads/News/2013/131218_BARMER_GEK_Pflegereport_2013.pdf [Zugriff am 23. September 2015]).

Royal College of Psychiatrists (2009): Age discrimination in mental health services: making equality a reality. Royal College of Psychiatrists' position statement. London: Royal College of Psychiatrists. (https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS02_2009x.pdf [Zugriff am 15. September 2015]).

Rozanova, J., Keating, N. und Eales, J. (2012): Unequal social engagement for older adults: constraints on choice. In: Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement 31 (1), 25-36.

Rubin, Y. (2015): Wohnen im Alter – Bedürfnisse zwischen Projektzielen, Projektsteuerung und Interpretation. In: M. Alisch (Hrsg.): Sozialraum und Governance: Handeln und Aushandeln in der Sozialraumentwicklung. Opladen u. a.: Verlag Barbara Budrich, 139-156.

Rüßler, H. und Stiel, J. (2013): Im Quartier selbstbestimmt älter werden: Partizipation, Lebensqualität und Sozialraumbezug. In: sozialraum.de (1). (http://www.sozialraum.de/im-quartier-selbstbestimmt-aelter-werden.php [Zugriff am 01. Oktober 2015]).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Band 3. Berlin: Deutscher Bundestag.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Berlin: Deutscher Bundestag.

Sahyazici, F. und Huxhold, O. (2012): Depressive Symptome bei älteren türkischen Migrantinnen und Migranten. In: H. Baykara-Krumme, A. Motel-Klingebiel und P. Schimany (Hrsg.): Viele Welten des Alterns: Ältere Migranten im alternden Deutschland. Wiesbaden: Springer VS, 181-200.

Sallmon, S. (2013): Einkommensarmut im Alter – Tendenzen der sozialstrukturell differenzierten und sozialräumlich segregierten Rückkehr der Altersarmut in Berlin. In: C. Vogel und A. Motel-Klingebiel (Hrsg.): Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: Springer VS, 57-80.

Salomon, J. A., Wang, H., Freeman, M. K., Vos, T. u. a. (2013): Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the global burden disease study 2010. In: The Lancet 380, 2144-2162.

Sampson, E. L., Blanchard, M. R., Jones, L., Tookman, A. u. a. (2009). Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. In: British Journal of Psychiatry 195, 61-66.

Sampson, E. L., White, N., Leurent, B., Scott, S. u. a. (2014). Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study. In: The British Journal of Psychiatry 205 (3), 189-196.

Sampson, E. L., White, N., Lord, K., Leurent, B. u. a. (2015). Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards: a longitudinal cohort study. In: Pain 156 (4), 675-679.

Schacke, C. und Zank, S. (2009). Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). Manual für die Praxisversionen (BIZA-D-PV). ZPE-Schriftenreihe Nr. 23 (Zentrum für Planung und Evaluation So-zialer Dienste der Universität Siegen). Siegen: Universität.

Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H. und Meleis, A. (2008): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern: Huber.

Schäper, S., Schüller, S., Dieckmann, F. und Greving, H. (2010): Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen. Münster: Katholische Hochschule NRW.

Schäper, S. und Graumann, S. (2012): Alter(n) als wertvolle Lebensphase erleben. Herausforderungen und Chancen für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45 (7), 630-636.

Scharf, T., Phillipson, C. und Smith, A. E. (2005a): Multiple exclusion and quality of life amongst excluded older people in disadvantaged neighbourhoods. London: Office of the Deputy Prime Minister.

Scharf, T., Phillipson, C. und Smith, A. E. (2005b): Social exclusion of older people in deprived urban communities of England. In: European Journal of Ageing 2 (2), 76-87.

Scheiner, J. (2004): Aktionsräume älterer Menschen in der Freizeit. Räumliche, soziale und biographische Bezüge. In: Raumplanung 114/115, 137-142.

Scheiner, J. (2013): Soziale Teilhabe älterer Menschen: Ein Fokus auf Mobilität und Erreichbarkeit. In: B. Schlag und K. Beckmann (Hrsg.): Mobilität und demografische Entwicklung. Schriftenreihe Mobilität und Alter. Band 7. Köln: TÜV Media GmbH, 101-118.

Schenk, C. (2008): Die Partei(en) in der DDR. Ihre Politik und ihre Ideologie(n) im Blick auf lesbische Lebenswelten. In: Heinrich Böll Stiftung Sachsen-Anhalt und LSVD Sachsen-Anhalt (Hrsg.): Lesben und Schwule in der DDR. Tagungsdokumentation. Halle (Saale), 35-55.

Schenk, L. (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. In: International Journal of Public Health 52 (2), 87-96.

Schimany, P., Rühl, S. und Kohls, M. (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen und Perspektiven. Band 18. Forschungsbericht des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg. (https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 27. Mai 2015]).

Schimitzek, I., Ritter, W. und Lürßen, S. (2015): Koordinationsarbeit in regionalen Netzwerken ambulanter Pflege – Das Beispiel ZUKUNFT:PFLEGE. In: G. Becke und P. Bleses (Hrsg.): Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer VS, 185-204.

Schlag, B. (2013): Persönliche Veränderungen der Mobilität und der Leistungsfähigkeit im Alter. In: B. Schlag und K. J. Beckmann (Hrsg.): Mobilität und demografische Entwicklung. Schriftenreihe Mobilität und Alter. Band 7. Köln: TÜV Media GmbH, 119-143.

Schlag, B. und Beckmann, K. J. (2013): Einleitung: Demografische Entwicklung und zukünftige Mobilität. In: B. Schlag und K. J. Beckmann (Hrsg.): Mobilität und demografische Entwicklung. Schriftenreihe Mobilität und Alter. Band 7. Köln: TÜV Media GmbH, 21-40.

Schlicht, J. (2015): Bürgerschaftliches Engagement im Umfeld von Pflege – Ergebnisse einer Länderbefragung. Vortrag zum 96. Fachausschuss „Alter und Pflege" am 13. Mai 2014 in Berlin. (http://www.paritaet-alsopfleg.de/index.php/downloadsnew/pflegerische-versorgung/fachinformationen-pflege-oeffentlich/6783-dr-julia-schlicht-ergebnisse-bund-laenderbefragung/file [Zugriff am 23. September 2015]).

Schmauch, U. und Braukmann, S. (2007): Lesbische Frauen im Alter. Ihre Lebenssituation und ihre spezifischen Bedürfnisse für ein altengerechtes Leben. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung im Rhein-Main-Gebiet (2005/06). Frankfurt am Main: Fachhochschule.

Schmidt, I. (2014): Daseinsvorsorge. Gutachten im Auftrag der Geschäftsstelle für den Zweiten Engagementbericht der Bundesregierung. Potsdam.

Schmidt, T. (2012): Gender und Genderregime. In: Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung (Hrsg.): Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Teilhabe im Umbruch. Zweiter Bericht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 89-110.

Schmitt, E. (2013): Altersbilder als Determinanten für Selbstwahrnehmung und Verhalten älterer Menschen. In: Psychotherapie im Alter 10 (2), 161-176.

Schmitz, G. (1995): Regionalplanung. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL) (Hrsg.): Handwörterbuch der Raumordnung. Hannover, 823-830.

Schmitz-Veltin, A. (2009): Demografischer Wandel in Deutschland. Vielfalt der Regionen. In: M. Gottwald und M. Löwer (Hrsg.): Demografischer Wandel – Herausforderungen und Handlungsansätze in Stadt und Region. Münster: Arbeitsgemeinschaft für Angewandte Geographie, 11-26.

Schneekloth, U. und Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). München.

Schneekloth, U. und Wahl, H.-W. (2006): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer.

Schneider, J., Beblo, M. und Maier, F. (2014): „Gender Accounting" – Eine kurze Bestandsaufnahme und konzeptionelle Annäherung. In: Sozialer Fortschritt 63 (7), 156-162.

Schnitzer, S., Balke, K., Walter, A., Litschel, A. u. a. (2011): Führt das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 54 (8), 942-950.

Schnur, O. (2010): Demographischer Impact in städtischen Wohnquartieren. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schnur, O. (2014a): Quartiersforschung im Überblick: Konzepte, Definitionen und aktuelle Perspektiven. In: O. Schnur (Hrsg.): Quartiersforschung. Zwischen Theorie und Praxis. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, 21-56.

Schnur, O. (Hrsg.) (2014b): Quartiersforschung. Zwischen Theorie und Praxis. Wiesbaden: Springer VS.

Schnur, O. und Drilling, M. (2011a): Quartiere im demografischen Umbruch. In: O. Schnur und M. Drilling (Hrsg.): Quartiere im demografischen Umbruch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 11-24.

Schnur, O. und Drilling, M. (Hrsg.) (2011b): Quartiere im demografischen Umbruch. Wiesbaden: Springer VS.

Schöllgen, I., Huxhold, O. und Tesch-Römer, C. (2010): Socioeconomic status and health in the second half of life: Findings from the German Ageing Survey. In: European Journal of Ageing 7 (1), 17-28.

Schöppe, S. und Braubach, M. (2007): Wohnen, Bewegung und Gesundheit. In: Public Health Forum 15 (3), 2-6.

Schröck, R. (1998): Forschung in der Krankenpflege: Methodologische Probleme. In: Pflege 1 (1), 84-93.

Schröder, H., und Bänsch, A. (2003). Palliativstationen und Hospize in Deutschland: Belastungserleben, Bewältigungspotenzial und Religiosität der Pflegenden. Wuppertal: Hospiz-Verlag.

Schubert, H. und Veil, K. (2013): Beziehungsbrücken zwischen Lebenswelten und Systemwelt im urbanen Sozialraum. In: sozialraum.de (1). (http://www.sozialraum.de/beziehungsbruecken-zwischen-lebenswelten-und-systemwelt-im-urbanen-sozialraum.php [Zugriff am 2. August 2015]).

Schubert, H. und Vukoman, M. (2014): Lebensweltliche Kontaktpunkte im Sozialraum als informelle Infrastruktur der Altenhilfe. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 65 (4), 284-294.

Schubert, H., Abels, S., Papenfuß, K., Spieckermann, H. u. a. (2015): Neuer Infrastrukturansatz für die sozialräumliche Altenhilfe. In: A. van Rießen, C. Bleck und R. Knopp (Hrsg.): Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden: Springer VS, 131-156.

Schuchter, P. und Heller A. (Hrsg.) (2012): Autonomie und Sorge. Für mich und für andere. Das Jahresheft Praxis Palliative Care (4). Hannover: Vincentz Network.

Schuhmacher, B. (2014): Freiheit oder Sicherheit. Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit Demenz. In: Dr. med. Mabuse: Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe 39 (209), 30-32.

Schulz, R., Knauf, W. und Püllen, R. (2014): Mobile geriatrische Rehabilitation bei funktionell schwer beeinträchtigten Patienten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 47 (2), 147-152.

Schulz-Nieswandt, F. (2006): Sozialpolitik und Alter. Stuttgart: Kohlhammer.

Schulz-Nieswandt, F. (2013): Wohnen im Alter in der Gemeinde – zwingende Gründe und kulturelle Barrieren der De-Institutionalisierung. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (4), 9-15.

Schupp, J. und Künemund, H. (2004): Private Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. In: DIW-Wochenbericht 71 (20), 289-294.

Schwalb, L. und Walk, H. (2007): Blackbox Governance – Lokales Engagement im Aufwind? In: L. Schwalb und H. Walk (Hrsg.): Local Governance – mehr Transparenz und Bürgernähe? Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 7-20.

Schweer, M. K. W., Thies, B. und Stürenberg, M. (2011): Wunsch und realisierte Wirklichkeit der Wohn- und Lebensplanung von ‚middle' und ‚high agern'. In: Pflegewissenschaft 13 (9), 489-498.

Seckelmann, M. (2008): Die historische Entwicklung kommunaler Aufgaben. In: dms – der moderne staat – Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management 1 (2), 267-284.

Seifert, A. (2014): Soziale Unterstützung in der Nachbarschaft. Datenauswertung im Auftrag der Age Stiftung. Zürich. (http://www.zfg.uzh.ch/projekt/nachbarschaft2014/Bericht_Nachbarschaft_AS_ZfG_2014.pdf [Zugriff am 1. August 2015]).

Seils, E. (2013): Armut im Alter – aktuelle Daten und Entwicklungen. In: WSI Mitteilungen 66 (5), 360-368.

Semrau, K. (2014): Zugangswege für gesellschaftliche Teilhabe von älteren Menschen schaffen – aber wie? Best-Practice-Analyse und Empfehlungen für die Stadtteilarbeit. Unveröffentlichte Masterthesis. Berlin.

Sen, A. (2000): Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München u. a.: Carl Hansa Verlag.

Sen, A. (2010): Die Idee der Gerechtigkeit. München: C. H. Beck.

Sieber, C. (2010): Malnutrition im Alter, Sarkopenie und Frailty. In: H. K. Biesalski, S. C. Bischoff und C. Puchstein (Hrsg.): Ernährungsmedizin. 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 480-489.

Sieber, C. (2014): Frailty (Gebrechlichkeit). In: J. Pantel, J. Schröder, C. Bollheimer u. a. (Hrsg): Praxishandbuch Altersmedizin. Stuttgart: Kohlhammer, 84-93.

Sieger, V. und Hintzke, A. (2005): Barrierefreie Gestaltung von Fahrzeugen des öffentlichen Verkehrs für ältere Menschen. In: W. Echterhoff (Hrsg.): Strategien zur Sicherung der Mobilität älterer Menschen. Schriftenreihe Mobilität und Alter. Band 1. Köln: TÜV-Verlag, 99-116.

Siegrist, J. und Wahrendorf, M. (2010): Socioeconomic and psychosocial determinants of well-being in early old age. In: A. Zaidi (Hrsg.): Ageing, health and pensions in Europe. Hampshire: Palgrave Macmillan, 107-140.

Simon, M. (2004): Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. In: Journal of Public Health 12 (3), 218–228.

Simonson, J. (2013): Erwerbsverlaufe im Wandel – Konsequenzen und Risiken für die Alterssicherung der Babyboomer. In: C. Vogel und A. Motel-Klingebiel (Hrsg.): Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: Springer VS, 273-290.

Simonson, J., Kelle, N., Gordo, L., Grabka, M. u. a. (Hrsg.) (2012): Ostdeutsche Männer um 50 müssen mit geringeren Renten rechnen. In: DIW Wochenbericht 79 (23), 3-13.

Simonson, J., Hagen, C., Vogel, C. und Motel-Klingebiel, A. (2013): Ungleichheit sozialer Teilhabe im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (5), 410-416.

Singh, I., Varanasi, A. und Williamson, K. (2014). Assessment and management of dementia in the general hospital setting. In: Reviews in Clinical Gerontology 24, 205-218.

Sinus Sociovision (2007): Die Milieus der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Eine qualitative Untersuchung. Heidelberg: Sinus Sociovision.

Slupina, M. und Kröhnert, S. (2012): Dezentrale Betreuung im ländlichen Raum. Gutachten im Auftrag der Regionalplanungsgemeinschaft Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.

Söhn, J. (2000): Rechercheprojekt zum Thema „Ältere MigrantInnen“. Literatur und Daten. Unveröffentlichte Recherche an der Freien Universität Berlin, Institut für Soziologie.

SONG, Netzwerk Soziales neu gestalten (Hrsg.) (2011): Tagungsdokumentation. Nur gemeinsam sind wir stark. Wohlfahrtsträger als Partner sozialer Netzwerke im Quartier. Meckenbeuren: SONG, Netzwerk Soziales neu gestalten. (http://www.netzwerk-song.de/fileadmin/user_upload/SONG_Tagungsdokumentation.pdf [Zugriff am 16. Juni 2015]).

Sozialreferat München (2014): Öffnung der vollstationären Altenpflege für gleichgeschlechtliche Lebensweisen. Konsequenzen aus der Stadtratsexkursion. Interkulturell geöffnete Altenheime II. Antrag Nr. 08-14 / A 04344 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/RL vom 18.06.2013. (http://www.ris-muenchen.de/RII2/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/3234800.pdf [Zugriff am 25. August 2015]).

Stackelberg, J.-M. Freiherr von (2010): Pro und Contra: Ärztemangel in Deutschland? Die Sicht des GKV-Spitzenverbandes. In: Die Kranken- und Pflegeversicherung (4), 113.

Stahl, K. und Nadj-Kittler, M. (2015): Wir brauchen ein System, das aus Patientenerfahrung lernt. In: V. E. Amelung, S. Eble, H. Hildbrandt u. a. (Hrsg.): Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 14-19.

Statistisches Bundesamt (2003): Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ) mit Erläuterungen. Wiesbaden. (https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/GueterWirtschaftklassifikationen/klassifikationwz2003_erl.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 24. Juli 2015]).

Statistisches Bundesamt (2012). Alleinlebende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden. (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/ Gesundheit/ Pflege/LaenderPflegeheime5224102119004.pdf?__blob=publicationFile. [Zugriff am 3. Juni 2015]).

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015a): Sozialleistungen. Empfänger und Empfängerinnen von Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/SozialhilfeHilfeLebensunterhalt 2130220137004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 23. Juli 2015]).

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015b): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse522 4001139004.pdf;jsessionid=C0ADC5B8E72EDFF496102919972F2E72.cae4?__blob=publicationFile [Zugriff am 4. Oktober 2015]).

Staudinger, U. M. (2000): Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. In: Psychologische Rundschau 51 (4), 185-197.

Steinführer, A., Küpper, P. und Tautz, A. (2012): Gestaltung der Daseinsvorsorge in alternden und schrumpfenden Gemeinden Anpassungs- und Bewältigungsstrategien im Harz. Landbauforschung, Sonderheft 367. Braunschweig: Johann Heinrich von Thünen-Institut Bundesforschungsinstitut für Ländliche Räume, Wald und Fischerei (vTI).

Steinhagen-Thiessen, E. (2011): Geriatrie. Versorgungssituation in Berlin. (http://www.parlament-berlin.de/ados/16/GesUmVer/vorgang/guv16-0159-st-Charite.pdf [Zugriff 15. September 2015]).

Stöckle, F. (2015): Patientenorientierung mit Hilfe von Patient Journeys realisieren – von der Idee zur Umsetzung. In: V. E. Amelung, S. Eble, H. Hildbrandt u. a. (Hrsg.): Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 9-13.

Strobl, R., Maier, W., Mielck, A., Fuchs, J. u. a. (2014): Wohnumfeld – Stolperstein oder Weg zum gesunden Altern? Ergebnisse der Augsburger Regionalkonferenz „Wohnumfeld, Alter und Gesundheit“. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 57 (9), 1120-1126.

Strube, A., König, J. und Hanesch, W. (2015): Partizipations- und Teilhabeprozesse benachteiligter älterer Menschen fördern, begleiten und (mit)gestalten. In: A. van Rießen, C. Bleck und R. Knopp (Hrsg.): Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden: Springer VS, 185-205.

Stümke, H.-G. (1989): Homosexuelle in Deutschland. Eine politische Geschichte. München: Verlag C. H. Beck.

Stumm, G. und Weber, C. (2015): Wie kann der einzelne Patient in medizinische Entscheidungsprozesse einbezogen werden? Patientencoaching – Grundlage für Mitwirkungskompetenzen. In: V. E. Amelung, S. Eble, H. Hildbrandt u. a. (Hrsg.): Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 156-161.

Sturm, G. und Walther, A. (2011): Lebensqualität in kleinen Städten und Landgemeinden. Aktuelle Befunde der BBSR-Umfrage. In: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.): BBSR-Berichte kompakt (5). Bonn.

Sundmacher L. und Busse R. (2012): Der Einfluss von Ärztedichte auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich u. a. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer, 183-202.

Terraneo, M. (2014): Iniquities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. In: Social Science and Medicine 126, 154-163.

Tesch-Römer, C. (2010): Soziale Beziehungen alter Menschen. Grundriss Gerontologie. Band 8. Stuttgart: Kohlhammer.

Tesch-Römer, C. (2012): Einsamkeit. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer und J.P. Ziegelmann (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer, 435-440.

Tesch-Römer, C., Wiest, M., Wurm, S. und Huxhold, O. (2013): Einsamkeit-Trends in der zweiten Lebensspanne: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (3), 237-241.

Tesch-Römer, C. und Wurm, S. (2014): Late life adaption. In: A. C. Michalos (Hrsg.): Encyclopedia of quality of life and well-being research. Dordrecht: Springer, 3506-3508.

Teti, A., Grittner, U., Kuhlmey, A. und Blüher, S. (2014): Wohnmobilität im Alter. Altersgerechtes Wohnen als primärpräventive Strategie. In: Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie 47 (4): 320-328.

Tevsky, V. (2014): Kuration, Palliation, Rehabilitation. In: J. Pantel, J. Schröder, C. Bollheimer u. a. (Hrsg.): Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer, 159-165.

Thelen, J., Kirsch, N. und Hoebel, J. (2012): Gesundheit in Europa-Daten des Gesundheitsmonitorings der EU. Berlin: Robert Koch-Institut (RKI).

Theobald, H. (2006): Pflegeressourcen, soziale Ausgrenzung und Ungleichheit: Ein europäischer Vergleich. In: Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien 24 (2/3), 102-116.

Theobald, H. (2008): Care-Politiken, Care-Arbeitsmarkt und Ungleichheit: Schweden, Deutschland und Italien im Vergleich. In: Berliner Journal für Soziologie 18 (2), 257-281.

Theobald, H. (2009): Restrukturierung informeller, familiärer Versorgung und Ungleichheitsdynamiken: Ergebnisse im internationalen Vergleich. In: Femina Politica – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft. Ergebnisse der Genderforschung 18 (1), 59-72.

Theurl, T., Wicher, J. und Cappenberg, C. (2012): Merkmale und Einschätzungen der Bewohner von Wohnungsgenossenschaften – eine Charakterisierung auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research Nr. 524. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).

Thiede, M. und Straub, S. (1997): Mutual influences of health and poverty. Evidence from the German Panel Data. In: Social Science and Medicine 45 (6), 867-877.

Thomas, C. (2004): Developing the social relational in the social model of disability: a theoretical agenda. In: C. Barnes und G. Mercer (Hrsg.): Implementing the social model of disability: Theory and Research. Leeds: Disability Press, 32-47.

Thönnes, M. (2011). Wo wollen wir sterben? In: soziologie heute 4 (19), 18-20.

Thönnes, M. und Jakoby, N. (2013): Where people die. A critical review. In: Medical Sociology Online 7 (1), 1-19. (http://www.medicalsociologyonline.org/resources/Vol7Iss1/7.1-Where-People-Die_Jakoby.pdf [Zugriff am 29. September 2015]).

TNS Emnid (2011): Wohnwünsche im Alter – Grafikreport. Bielefeld. (http://www.impulse-fuer-den-wohnungsbau.de/w/files/studien-etc/emnid_wohnwuensche-im-alter-pressemappe.pdf [Zugriff am 10. Juli 2015]).

TNS Infratest Sozialforschung (2005): Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004. Ergebnisse der repräsentativen Trenderhebung zu Ehrenamt, Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement. München.

Townsend, A. N. (2013): Smart cities, big data, civic hackers and the quest for a New Utopia. New York u. a.: W. W. Norton and Company.

Traupe, C. (2015): Nachhaltige effiziente Patientenbetreuung und verstärkte Patientenorientierung durch arztgestütztes Fallmanagement mit den Versorgungsprogrammen agneszwei und VERAH-Care. In: V. E. Amelung, S. Eble, H. Hildbrandt u. a. (Hrsg.): Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 131-137.

Trischler, F. (2014): Erwerbsverlauf, Altersübergang, Alterssicherung: Zunehmende soziale Ungleichheit im Alter. Wiesbaden: Springer VS.

Ulbricht, D. (2015): Sozialer Wohnungsbau als Alternative zur Mietpreisbremse. In: DIW Wochenbericht 89 (19), 472.

Ulusoy, N. und Gräßel, E. (2010): Türkische Migranten in Deutschland: Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43 (5), 330-338.

Ünal, A. (2003): Ein „anderes Gesundheitsverständnis“. Strukturen und Zusammensetzung der MigrantInnen. In: Koordination für Selbsthilfekontaktstellen in Nordrhein-Westfalen (KOSKON NRW) (Hrsg.): Im Blickpunkt: Selbsthilfe-Brücke zwischen Gesundheit und Migration? Mönchengladbach, 36-43.

UNESCO (1997): International Standard Classification of Education. ISCED 1997. Paris: UNESCO.

Unger, R. und Schulze, A. (2013): Können wir (alle) überhaupt länger arbeiten? Trends in der gesunden Lebenserwartung nach Sozialschicht in Deutschland. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft (38) 3, 545-564.

Union Investment (2013): Vorsorgeatlas Deutschland. Frankfurt am Main: Union Investment.

VCD, Verkehrsclub Deutschland (2013): Gute Beispiele im ÖPNV. Berlin. (http://www.vcd.org/fileadmin/user_upload/redakteure_2010/themen/senioren/131011_Seniorenmob_gute_Beispiele_OePNV.pdf [Zugriff am 8. Juni 2015]).

VDE, Verband der Elektrotechnik (2009): VDE-Positionspapier „Intelligente Assistenz-Systeme im Dienst für eine reife Gesellschaft“. Frankfurt.

Veenhoven, R. (2008): Sociological theories of subjective well-being. In: M. Eid und R. J. Larsen (Hrsg.): Subjective well-being. New York: Guilford, 62-79.

ver.di (Hrsg.) (2011): »Grauer Pflegemarkt« und Beschäftigung ausländischer Pflegehilfskräfte. Eine Argumentationshilfe. Berlin. (http://gesundheitspolitik.verdi.de/++file++507fb6e06f684406d6000008/download/Argumentatsionshilfe-Grauer-Pflegemarkt.pdf [Zugriff am 4. Oktober 2015]).

ver.di (Hrsg.) (2012): Vollkasko-Pflege möglich. Online Artikel. (http://gesundheit-soziales.verdi.de/ueber-uns/nachrichten/++co++915404f4-3e31-11e2-b1b7-52540059119e [Zugriff am 16. Juni 2015]).

ver.di (Hrsg.) (2014): Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten. Problemstellungen und politische Herausforderungen. Berlin. (https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++535fb14baa698e28660007a6/download/2014-05-Migrantinnen-in-Privathaushalten.pdf [Zugriff am 4. Oktober 2015]).

ver.di (Hrsg.) (2015): …raus aus der Schwarzarbeit. Gute Arbeit in Privathaushalten. Europäische Erfahrungen und mögliche Gestaltungsansätze der Beschäftigung osteuropäischer Haushaltshilfen und Pflegekräfte. Berlin: ver.di. (http://arbeitsmarkt-und-sozialpolitik.verdi.de/++file++5582c6cdba949b58e3002ce3/download/15-01%20-%20Gute%20Arbeit%20in%20Privathaushalten.pdf [Zugriff am 23. September 2015]).

Vester, M. (2012): Partizipation, sozialer Status und Milieus. In: R. Rosenbrock und S. Hartung (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber, 40-56.

Voelcker-Rehage, C., Godde, B. und Staudinger U. M. (2006): Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 49 (6), 558-566.

Vogel, C. und Motel-Klingebiel, A. (2013): Altern im sozialen Wandel. Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: Springer VS.

Voges, W. (2008): Soziologie des höheren Lebensalters. Ein Studienbuch zur Gerontologie. Augsburg: Maro.

Voges, W. und Zinke, M. (2010): Wohnen im Alter. In: K. Aner und U. Karl (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 301-308.

Voigtländer, M. (2015): Optionen für bezahlbaren Wohnraum. Ein policy paper in Kooperation mit dem ZIA Deutschland. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.

Volkmann, A. (2012): Quartierseffekte in der Stadtforschung und in der sozialen Stadtpolitik. Die Rolle des Raumes bei der Reproduktion sozialer Ungleichheit. In: Forum Stadt- und Regionalplanung e. V. (Hrsg.): ISR Graue Reihe (36). Berlin: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin

Vonneilich, N., Jöckel, K., Erbel, R., Klein, J. u. a. (2012): The mediating effect of social relationships on the association between socioeconomic status and subjective health – results from the Heinz Nixdorf Recall cohort study. In: BMC public health 12 (1), 285.

Wacker E., Wetzler, R, Metzler, H. und Hornung, C. (1998): Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbstständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Baden-Baden: Nomos.

Wacquant, L. (2004): Roter Gürtel, Schwarzer Gürtel. Rassentrennung, Klassenungleichheit und der Staat in der französischen städtischen Peripherie und im amerikanischen Ghetto. In: H. Häußermann, M. Kronauer und W. Siebel (Hrsg.): An den Rändern der Städte. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 148-200.

Wagschal, U. (2014): Finanzielle Handlungsspielräume der Kommunen – Möglichkeiten kommunaler Politik für älter werdende Menschen. Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Freiburg.

Wagschal, U., Bogumil, J., Holtkamp, L. und Junkernheinrich, M. (2014): Ursachen kommunaler Haushaltsdefizite. In: Politische Vierteljahresschrift (4), 614-647.

Wahl, H.-W. und Oswald, F. (2012): Wohnen, Wohnraumanpassung und Gesundheit. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer und J. P. Ziegelmann (Hrsg.): Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 492-498.

Wahl, H.-W., Iwarsson, S. und Oswald, F. (2012): Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. In: The Gerontologist 52 (3), 306-316.

Wahrendorf, M. und Siegrist, J. (2008): Soziale Produktivität und Wohlbefinden im höheren Lebensalter. In: M. Erlinghagen und K. Hank (Hrsg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 51-74.

Walgenbach, K. (2014): Heterogenität – Intersektionalität – Diversity in den Erziehungswissenschaften. Opladen u. a.: Verlag Barbara Budrich.

Wallrafen-Dreisow, H. und Weigel, R. (2007): Der Qualitätsbericht. Transparenz schafft Vertrauen. Hannover: Vincentz.

Walter, U. und Krugmann, C. S. (2013): Rationierung: Realität in der Versorgung älterer Menschen? In: G. Bäcker und R. G. Heinze (Hrsg.): Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung. Wiesbaden: Springer VS, 269-283.

Waltersbacher, M. und Scharmanski, A. (2010): Wohnungsmärkte im Wandel. Zentrale Ergebnisse der Wohnungsmarktprognose 2025. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

Walz, V. (2010): Ältere Migrantinnen und Migranten. Wo wohnen sie, wo leben sie, wie wünschen sie sich ihr Leben im Alter? In: D. Reuschke (Hrsg.): Wohnen und Gender. Theoretische, politische, soziale und räumliche Aspekte. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 215-236.

Wanger, S. (2015): Frauen und Männer am Arbeitsmarkt. Traditionelle Erwerbs- und Arbeitszeitmuster sind nach wie vor verbreitet. IAB Kurzbericht. Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 4/2015. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Wangerin, I. (2008): Probleme, die man(n) sich nicht mehr leisten kann. Sechs homosexuelle Männer im Alter. In: S. Beck (Hrsg.) (2008): Alt sein – entwerfen, erfahren. Ethnografische Erkundungen in Lebenswelten alter Menschen. 2. Auflage. Berlin: Panama Verlag.

Weber, A. und Hörmann, G. (2011). Migration und Gesundheit – von Defizitanalysen zum Diversity-Ansatz? In: Das Gesundheitswesen 73 (5), 298-307.

Weckwert, A. (2008): Geschlecht und Migration im Wohlfahrtsstaat. In: H. Brabandt, B. Roß und S. Zwingel (Hrsg.): Mehrheit am Rand? Geschlechterverhältnisse, globale Ungleichheit und transnationale Handlungsansätze. Wiesbaden: Springer VS, 145–163.

Weigl, B. und Bischof, C. (Hrsg.) (2010): Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen. Hand- und Arbeitsbücher 17. Berlin: Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge.

Weiß, C., Lutze, M., Compagna, D., Braseke, G. u. a. (2013): Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. VDI/VDE Innovation + Technik GmbH und Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH (IEGUS). Berlin.

Weiss, R. S. (1974): The provisions of social relationships. In: Z. Rubin (Hrsg.): Doing unto others. Englewood Cliffs u. a.: Prentice-Hall, 17-26.

Werner, B. (2012): Soziale Milieus, soziale Herkunft von Auszubildenden der Pflegeberufe. Lehrforschungs- und Entwicklungsprojekt an der Katholischen Hochschule Freiburg, 2011 bis 2012. Unveröffentlichtes Manuskript. Freiburg: Katholische Hochschule.

Wert.Arbeit GmbH, Gesellschaft für Arbeit, Chancengleichheit und Innovation (Hrsg.) (2014): Dokumentation der Tagung „Berliner Bündnis für die Fachkräftesicherung in der Altenpflege 2014 – aktiv!“ vom 21. Mai 2014. Berlin. (http://www.dienstleistungsmetropole-berlin.de/de/downloads/20140902_Doku_BerlBuendnis_Mai_2014.pdf [Zugriff am 22. September 2015]).

Weyers, S., Dragano, N., Möbus, S., Beck, E.-M. u. a. (2008): Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. In: International Journal for Equity in Health 7 (13), 1-13.

WHO, World Health Organization (2002): The solid facts: Palliative care. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf [Zugriff am 15. September 2015]).

WHO, World Health Organization (2013): Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. Kopenhagen: WHO, World Health Organization, Regional Office for Europe. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf [Zugriff am 15. September 2015]).

WHO und WPA, World Health Organization und World Psychiatric Association (1997): Organization of care in psychiatry of the elderly – a technical consensus statement. In: Aging Mental Health 2, 246-252.

WHO und DIMDI, World Health Organization und Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: World Health Organisation.

WHO, World Health Organization und The World Bank (2011). World Report on Disability. Genf.

Wiest, M., Nowossadeck, S. und Tesch-Römer, C. (2015): Regionale Unterschiede in den Lebenssituationen älterer Menschen in Deutschland. Diskussionspapier Nr. 57. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Wilde, M. (2014): Mobilität und Alltag. Einblicke in die Mobilitätspraxis älterer Menschen auf dem Lande. Wiesbaden: Springer VS.

Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. u. a. (2012): The meaning of „Aging in Place“ to older people. In: The Gerontologist 52 (3), 357-366.

Wilkes, B. (2014): Altersgerechte Assistenzsysteme – was tut die Wohnungswirtschaft? Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Wildau.

Winker, G. (2007): Traditionelle Geschlechterordnung unter neoliberalem Druck. Veränderte Verwertungs- und Reproduktionsbedingungen der Arbeitskraft. In: M. Groß und G. Winker (Hrsg.): Queer-|Feministische Kritiken neoliberaler Verhältnisse. Münster: Unrast-Verlag, 15-49.

Winker, G. (2010): Care Revolution – ein Weg aus der Reproduktionskrise. In: Luxemburg. Gesellschaftsanalyse und linke Praxis (3), 124-129.

Wintergerst, T. (2014): Nachbarschaftshilfen als verbindliche Säule kommunaler Versorgungsstrukturen – (wie) kann das gelingen? Vortrag bei der Fachtagung „Nachbarschaftshilfe vor Ort – Sozialer Zusammenhalt in der Zukunft" am 11. Juli 2014 in Ursensollen. (http://www.nachhaltige-buergerkommune.de/download/C1789bc6fX147862ec496X31a8/ursensollen_wintergerst.pdf [Zugriff am 30. Juli 2015]).

Wolter, B. (2013): Mobilität und Immobilität in der alternden Gesellschaft. In: J. Scheiner, H.-H. Blotevogel, S. Frank u. a. (Hrsg.): Mobilitäten und Immobilitäten. Menschen – Ideen – Dinge – Kulturen – Kapital. Essen: Klartext Verlag, 195-206.

Wortmann, M. (2005): Die Lebenslage älterer lesbischer Frauen in Deutschland – Annäherung an ein verdrängtes Thema. Berlin: Trafo Verlag Dr. W. Weist.

Wunderlich, H. (2014): Familie und Familienpolitik in Deutschland. In: H. Wunderlich (Hrsg.): Familienpolitik vor Ort. Wiesbaden: Springer VS, 19-70.

Wurm, S., Schöllgen, I. und Tesch-Römer, C. (2010): Gesundheit. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm und C. Tesch-Römer (Hrsg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys. (DEAS) Stuttgart: Kohlhammer, 90-117.

Yen, I., Michael, Y. und Perdue, L. (2009): Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. In: American Journal of Preventive Medicine 37 (5), 455-463.

Zander, M. (2014): Behindert alt werden – spezifische Lebenslagen und Bedarfe. Expertise im Auftrag der Siebten Altenberichtskommission der Bundesregierung. Berlin.

Zeman, P. (2005): Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge und Migration. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Zenz, G. (2007): Gewaltschutz im Alter. In: G. Igl und T. Klie (Hrsg.): Das Recht der älteren Menschen. Baden-Baden: Nomos.

Ziller, H. (1991): Altenhilfe als System. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge (NDV) 71 (5), 160-161.

Ziller, H. (1992): Zur Weiterentwicklung des Rechts der Altenhilfe. Überlegungen und Thesen zu einem Altenhilfegesetz. In: T. Klie und H. Ziller (Hrsg.): Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen. Heft 18. Köln: Carl Heymanns Verlag, 33-43.

Zimmerli, J. (2014): Räumliche Entwicklung und Umzugsbereitschaft der Babyboomer. In: F. Höpflinger und J. van Wezemael (Hrsg.): Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Zürich u. a.: Seismo, 179-187.

Zok, K. (2007): Warten auf den Arzttermin. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten. In: WIdOmonitor 4 (1), 1-7.

Zok, K. und Schwinger, A. (2015): Pflege in neuen Wohn- und Versorgungsformen – die Wahrnehmung der älteren Bevölkerung. In: Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß u. a. (Hrsg.) (2015): Pflege-Report 2015. Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer, 27-53.

Zuniga, M. L., Fischer, P. L., Cornelius, D., Cornelius, W. u. a. (2014): A Transnational approach to understanding indicators of mental health, alcohol use and reproductive health among indigenous Mexican migrants. In: Journal of Immigrant and Minority Health 16 (3), 329-339.



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333